

2016

Participeren moet je organiseren

een eigen plek in de samenleving



Esther Haak en Nienke Dokter
Hanzehogeschool Groningen

Participeren moet je organiseren

Onderzoek naar de participatie van cliënten bij De Zijlen die kleinschalig wonen in de wijk

Esther Haak en Nienke Dokter

**Lectoraat Rehabilitatie
Hanzehogeschool Groningen
In samenwerking met De Zijlen**

Groningen, februari 2016

Copyright 2016 Lectoraat Rehabilitatie, Hanzehogeschool Groningen

Correspondentie: e.d.haak@pl.hanze.nl
nienke.dokter@dezijlen.nl

CIP Gegevens

Participeren moet je organiseren/ Esther Haak en Nienke Dokter

Groningen: Lectoraat Rehabilitatie, Hanzehogeschool Groningen

ISBN: 978-90-823480-6-4

Uitgever: Hanze University of Applied Sciences Groningen
Bibliografische imprint: Hanze University of Applied Sciences Groningen
NUR-code: 130
NUR-omschrijving: Mens en maatschappij algemeen
Druk: CV de Volharding UA, Groningen
Illustraties: <https://pixabay.com/nl/photos/?q=huizen&image>
Taal: Nederlands
Verschijningsvorm: Paperback / softback

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Samenvatting	7
1. Inleiding	11
2. Onderzoeksmethodiek	15
2.1. Methodologie	15
2.2 Dataverzameling	15
2.2.1 Literatuuronderzoek	15
2.2.2 Praktijkonderzoek	16
2.2.3 Onderzoekspopulatie en selectie van respondenten	16
2.2.4 Dossieronderzoek	17
2.2.5 Semigestructureerde interviews	17
2.3 Data-analyse van de interviews	18
3. Literatuuronderzoek	19
3.1 Inleiding	19
3.2 Decentralisatie en kwaliteit van leven	19
3.3 Participatie	20
3.4 Effecten van deconcentratie	22
3.5 De visie en missie van De Zijlen	23
4. Deelonderzoek 1: Locatie Appingedam	25
4.1 Locatie Appingedam	25
4.2 Respondenten	25
4.3 Wonen	26
4.4 Dagactiviteiten en vrijwilligerswerk	27
4.5 Sociale contacten	28
4.6 Vrijtijdsbesteding	30
4.7 Bewegingsvrijheid	30
4.8 Veiligheid	31
4.9 Dagelijks welbevinden	32
4.10 Aansluiting bij maatschappelijke voorzieningen en samenwerking	33
4.11 Faciliteren/stimuleren van participatie in de wijk	35
4.12 Conclusie deelonderzoek 1	36

5. Deelonderzoek 2: Locatie De Gilde, Muntendam	37
5.1 Locatie De Gilde, Muntendam	37
5.2 Respondenten	37
5.3 Wonen	38
5.4 Dagactiviteiten en vrijwilligerswerk	39
5.5 Sociale contacten	39
5.6 Vrijetijdsbesteding	41
5.7 Bewegingsvrijheid	42
5.8 Veiligheid	43
5.9 Dagelijks welbevinden	44
5.10 Aansluiting bij maatschappelijke voorzieningen en samenwerking	45
5.11 Faciliteren/stimuleren van participatie in de wijk	45
5.12 Conclusie deelonderzoek 2	47
6. Deelonderzoek 3: Locaties 't Roer & Appingedam	49
6.1 Locatie 't Roer in Groningen en Appingedam	49
6.2 Resultaten	49
6.3 Wonen	50
6.4 Dagactiviteiten en vrijwilligerswerk	51
6.5 Sociale contacten	51
6.6 Vrijetijdsbesteding	52
6.7 Bewegingsvrijheid	53
6.8 Veiligheid	54
6.9 Dagelijks welbevinden	55
6.10 Aansluiting bij maatschappelijke voorzieningen en samenwerking	56
6.11 Faciliteren/stimuleren van participatie in de wijk	56
6.12 Conclusie deelonderzoek 3	57

7. Interviews met cliënten	59
7.1 Inleiding	59
7.2 Resultaten	59
7.3 Wonen	60
7.4 Dagactiviteiten en vrijwilligerswerk	60
7.5 Sociale contacten	61
7.6 Vrijtijdsbesteding	61
7.7 Bewegingsvrijheid	62
7.8 Veiligheid	62
7.9 Dagelijks welbevinden	62
7.10 Aansluiting bij maatschappelijke voorzieningen	63
7.11 Faciliteren/stimuleren van participatie in de wijk	63
7.12 Conclusie interviews met cliënten	64
8. Discussie, conclusie en aanbevelingen	65
8.1 Belangrijkste resultaten	65
8.2 Discussie	67
8.3 Conclusie	68
8.4 Aanbevelingen	70
9. Slotbeschouwing	71
Literatuurlijst	73
Bijlagen	77
1. Kwaliteitsdomeinen van Schalock	
2. Data-extractielijst	
3. Informed consent brief	
4. Tabel cliënten uit het onderzoek	
5. Overzicht belangrijkste resultaten per cliënt (interviews cliënten van De Zijlen)	

Voorwoord

“Ik wil niet meer ieder weekend naar mijn ouders. Ze kunnen nu ook wel bij mij op bezoek komen in mijn nieuwe huis.” Dat was de strekking van het verhaal dat een cliënt met zijn ouders mij vertelde, op bezoek in zijn nieuwe appartement. Veel duidelijker kun je niet vertellen hoe belangrijk het voor je is om een eigen plek, een eigen thuis te hebben. Het staat symbool voor de ervaring van veel cliënten die de afgelopen periode zijn verhuisd van een oud naar een nieuw huis, van een instellingsterrein naar een kleinschaliger woonlocatie. Natuurlijk zijn die verhalen per persoon ook verschillend, zoals alle mensen verschillend zijn en zoals het leven van mensen gelukkig verschillend verloopt. Dat maakt het proces ook zo boeiend om met elkaar van oud naar nieuw te komen. Dat daar veel bij komt kijken, realiseerden we ons bij De Zijlen toen we in 2004, 2005 aan het begin van de herontwikkeling van Sintmaheerdt stonden. We wisten dat er voor betrokkenen veel ging veranderen. Maar de manier waarop we deze verandering wilden organiseren moest passen bij waar De Zijlen voor wil staan. Heel in het kort: “Ieder mens is verschillend, ieder wil invloed op zijn of haar eigen leven, ieder mens is van betekenis voor anderen”. Voor het verhuistraject betekende dat, dat we cliënten en hun verwanten optimaal wilden betrekken bij het maken van keuzes: Wanneer ga je verhuizen? Waar wil je wonen? Wat is belangrijk voor jou om een goede keuze te kunnen maken?

In de periode 2006 – 2009 heeft het lectoraat Rehabilitatie van de Hanzehogeschool Groningen samen met De Zijlen het traject onderzocht van afbouw van het aantal plaatsen op Sintmaheerdt en herontwikkeling van die plaatsen verspreid door de provincie. “Lukt het ons om de cliënt te betrekken bij het maken van keuzes op een manier die bij hem of haar past? Wat kunnen we leren van ervaringen?” Het verhuisproces leende zich daar prima voor: het verliep stapsgewijs. Een boeiend en voor alle betrokkenen leerzaam traject, waarbij het vooral van meerwaarde is om mensen van buiten mee te laten kijken en daarvan te leren. Inmiddels zijn we alweer een aantal jaren verder en ligt het verslag voor u van het onderzoek in de volgende fase. Natuurlijk waren we na al die verhuizingen nieuwsgierig naar wat het nieuwe huis en het kleinschaliger wonen in wijk of dorp de cliënten heeft opgeleverd. En minstens zo belangrijk: wat vraagt het van alle betrokkenen de komende periode om het proces op gang te houden? Zo hebben we de samenwerking met het Lectoraat Rehabilitatie weer opgepakt, hebben met elkaar de vragen geformuleerd en de werkwijze besproken. We hebben ons op twee belangrijke thema’s gericht, namelijk “participatie” en “kwaliteit van leven”. Waarom de combinatie van deze twee onderwerpen? Het gaat niet alleen om “hoe meer je participeert, hoe beter...”. Het gaat om de plek in de maatschappij die bij jou past. Ook zijn we er van overtuigd dat het hebben van een eigen woonplek en een bij jou passende plek in de maatschappij, een belangrijke factor is in het ervaren van kwaliteit van leven.

De titel van het onderzoek is voor mij meteen de belangrijkste conclusie. Participeren, je eigen plek ontdekken en innemen, van betekenis zijn: het gebeurt niet vanzelf, het ontstaat

niet automatisch door op een andere plek te gaan wonen. Vandaar “participeren moet je organiseren”. Het is zeer de moeite waard om te lezen hoe mensen daarover met elkaar in gesprek zijn geweest: wat is al gelukt, wat kan er nog beter. Het is het resultaat van opnieuw een mooie samenwerking tussen De Zijlen met het lectoraat Rehabilitatie van de Hanzehogeschool Groningen. Dat is een mooi compliment voor ieder die actief heeft bijgedragen aan het onderzoek en de samenwerking, in het bijzonder aan de auteurs Esther Haak (Hanzehogeschool Groningen/lectorat Rehabilitatie) en Nienke Dokter (De Zijlen).

Bram Terpstra
Manager Zorg & dienstverlening De Zijlen

Tolbert, 2016

Samenvatting

Inleiding

De Zijlen is een organisatie die zich inzet voor zo'n 1000 mensen (kinderen, jongeren en volwassenen) met een verstandelijke beperking. Vanaf 2005 is bij De Zijlen een belangrijke verhuisbeweging gestart, waarbij cliënten met een verstandelijke beperking van het instellingsterrein "Sintmaheerdt" in Tolbert en "Groot Bronswijk" in Wagenborgen, verhuisd zijn naar kleinschaliger woonlocaties. Dit onderzoek is een vervolg op het onderzoek "Op weg naar een nieuwe woning" (Emmens, van der Meulen, Wallenburg & Terpstra, 2010). In dit vervolgonderzoek zijn hierbij ook ervaringen van cliënten van Groot Bronswijk meegenomen. Bij De Zijlen vindt men het belangrijk dat iedere cliënt zijn of haar eigen plek inneemt in de maatschappij. Maatschappelijke participatie is een van de kernthema's binnen De Zijlen. In de visie van De Zijlen worden verder als kernthema's keuzevrijheid, privacy en relatievorming genoemd. Door het management van De Zijlen is aan het lectoraat Rehabilitatie van de Hanzehogeschool Groningen gevraagd om te onderzoeken welke resultaten deze verhuizingen hebben opgeleverd. In hoeverre heeft het deconcentratieproces geleid tot verbetering van de kwaliteit van leven en tot participatie in de wijk? In deze samenvatting komen achtereenvolgens de achtergrond, de onderzoeksvraag, de opzet van het onderzoek, de uitkomsten en de aanbevelingen aan bod.

Achtergrond

De laatste 30 jaar is er in het denken over mensen met een verstandelijke beperking veel ontwikkeling geweest. Tot de jaren 70 werden mensen met een verstandelijke beperking in onze samenleving als 'anders' gezien. Een verstandelijke beperking werd gezien als een beperking of ziekte. Vanuit dit model geredeneerd konden mensen zich niet handhaven in de gewone samenleving en daarom werden zij gehuisvest in een eigen omgeving om zo behandeld te kunnen worden; het zogenaamde segregatieprincipe (Den Daas, Nakken, Smrkovsky & Struik, 2007). Al vanaf de jaren 60 ontstond internationaal kritiek op deze segregatie. Bovendien ontstond kritiek op de woonomstandigheden binnen de instellingsterreinen. Deze waren vaak slecht. Er waren grote onpersoonlijke leefgroepen. Dit was niet wenselijk voor de kwaliteit van leven van mensen met een verstandelijke beperking (van Gennip, 2000). Na deze kritiek zijn in het buitenland veel instellingsterreinen gesloten. In Nederland werd in eerste instantie gekozen voor het verbeteren van leefomstandigheden binnen de instellingsterreinen. In de jaren 90 groeide het besef dat mensen met een verstandelijke beperking recht hebben op een volwaardige plaats in de samenleving, ook wel inclusie genoemd. De veranderingen in het denken over mensen met een verstandelijke beperking hebben in Nederland aanleiding gegeven tot een beleid gericht op deinstitutionalisering. Daarbij is het streven om cliënten zo min mogelijk te huisvesten op grote instellingsterreinen. Dit wordt ook wel deconcentratie genoemd. Deconcentratie wordt gezien als middel om vermaatschappelijking van mensen met een verstandelijke beperking te doen slagen (Den Daas et al., 2007).

In de visie op cliënten geformuleerd door de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) staat beschreven dat mensen met een beperking een leven willen leiden dat past bij hun mogelijkheden, wensen en ambities. De visie op ondersteuning wordt beschreven als “het streven mensen met een beperking te ondersteunen in het zo goed en zo zelfstandig mogelijk vormgeven van hun leven” (Blom, M. Driessen, M.J., Heijnen-Kaales., Y. Toonen., R. 2013).

Onderzoeksopzet

Het doel van dit kwalitatieve onderzoek is inzicht verschaffen in de kwaliteit van wonen en de participatie van cliënten in een woonwijk, met als beoogd effect hierin waar nodig te verbeteren.

De onderzoeksvraag luidt:

“Wat is de kwaliteit van leven van de cliënten die verhuisd zijn van een instellingsterrein naar een kleinschalige woonvorm in de wijk en hoe participeren zij in hun woonomgeving?”.

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag zijn belanghebbenden - cliënten, verwanten, professionals en vrijwilligers - op de locaties Muntendam (De Gilde), Groningen ('t Roer) en Appingedam gevraagd om te participeren in het onderzoek. Dit onderzoek spitst zich toe op cliënten die op Sintmaheerdt of op Groot Bronswijk woonachtig waren en verhuisd zijn naar deze locaties. Er werden aselectief vijftien cliënten van de drie locaties geworven. Van deze vijftien cliënten zijn er vijf cliënten zelf geïnterviewd, daarnaast werd een netwerk van sleutelfiguren rondom de cliënten geïnterviewd. Tien cliënten waren niet in staat om zelf mee te werken aan een interview, van deze cliënten is alleen het netwerk geïnterviewd. De interviews zijn uitgevoerd aan de hand van een data-extractielijst die gebaseerd is op de negen domeinen van participatie en de acht kwaliteitsdomeinen van Schalock (zie bijlage 1). Aan de hand van deze data-extractielijst is voorafgaand aan de interviews dossieronderzoek gedaan naar de ondersteuningsplannen van de vijftien cliënten uit de drie locaties.

In september 2014 zijn er onder begeleiding van het lectoraat drie deelonderzoeken uitgevoerd door drie studentkoppels van de HBO-Verpleegkunde. Elk koppel heeft zich gericht op het interviewen van een netwerk van sleutelfiguren rondom vijf cliënten. Door de projectuitvoerder van het lectoraat en de gedragsdeskundige van De Zijlen zijn oriënterende gesprekken gevoerd op de locaties. Zij hebben zelf de vijf cliënten geïnterviewd.

Uitkomsten

De dataverzameling heeft plaatsgevonden van april 2014 tot april 2015. De drie deelonderzoeken vertonen grotendeels vergelijkbare uitkomsten. De verschillen komen voort uit bijvoorbeeld de ligging en bereikbaarheid van de locaties. Uit de drie deelonderzoeken komt naar voren dat cliënten vooral tevreden zijn over het hebben van een eigen studio of appartement. De mogelijkheid om zich terug te kunnen trekken in het eigen appartement wordt als groot voordeel gezien, omdat dit meer privacy biedt.

De beschikking over een eigen studio/appartement heeft ook nadelen; de cliënt is vaker alleen en heeft dan minder aanspraak. Voor de kwaliteit van leven van de cliënten heeft het kleinschalig wonen een duidelijke meerwaarde. Voor de cliënten betekent kwaliteit van leven onder andere: vaste structuur, veiligheid, sociale contacten en aandacht. Voor bijna alle cliënten geldt dat het hebben van vaste begeleiding, het gebruik maken van maatschappelijke voorzieningen en het maken van uitstapjes bijdragen aan de kwaliteit van leven. De nieuwe woonvorm, de privacy en een betere samenstelling van de groepen leidt tot positieve veranderingen in het gedrag van de cliënten. Dit houdt in dat de cliënten zichtbaar minder spanningen hebben en minder probleemgedrag vertonen. Als een belangrijke reden van deze verandering in het gedrag wordt de betere samenstelling van de groepen op de nieuwe locaties genoemd.

In vergelijking met het instellingsterrein is de bewegingsvrijheid van cliënten als zij zich buitenshuis begeven, meestal verminderd. Veel cliënten kunnen zich niet zelfstandig in het verkeer begeven, als gevolg van verkeersonveiligheid of rolstoelafhankelijkheid. Op het instellingsterrein kon de cliënt zelfstandig activiteiten ondernemen zoals fietsen of naar de winkel gaan op het terrein. Nu is dit ook mogelijk, maar meer afhankelijk van de ligging van de locatie in de wijk en het niveau van de cliënt. Daardoor zijn cliënten in de huidige woonsituatie niet altijd voldoende zelfredzaam in het naar buiten gaan.

Bijna alle cliënten willen meer gebruik maken van maatschappelijke voorzieningen en meer naar buiten gaan dan zij nu doen. Om te kunnen participeren en gebruik te maken van maatschappelijke voorzieningen zijn cliënten in de huidige woonsituatie afhankelijker geworden van begeleiding. Deze begeleiding wordt gedaan door hun sociale netwerk. Dit bestaat meestal uit familie en verwanten, vrijwilligers en professionals. De beschikbaarheid van een vrijwilliger voor een cliënt draagt bij aan de kwaliteit van leven en de participatie van de cliënt. Een grotere beschikbaarheid van het aantal vrijwilligers wordt door bijna alle betrokkenen als wenselijk benoemd. Opvallend is de trouw van vrijwilligers aan cliënten en de grote betrokkenheid van vrijwilligers. Een goede match leidt meestal tot een langdurige band. Cliënten functioneren beter met vaste begeleiders en vertrouwde gezichten. Maar voor bepaalde cliënten blijkt het (als gevolg van bijvoorbeeld gedragsproblemen) lastig te zijn om geschikte vrijwilligers te vinden.

Het participeren beperkt zich in de onderzochte groep tot een enkele cliënt die wel participeert in de wijk en gebruik maakt van maatschappelijke voorzieningen.

Aanbevelingen

Wanneer cliënten wonen in een woonwijk is ondersteuning door derden voor hen noodzakelijk om te kunnen integreren en participeren in de maatschappij. De professional van De Zijlen staat open voor de verzorgende en ondersteunende rol die zij hebben voor hun cliënten. Om cliënten daadwerkelijk te laten integreren en participeren wordt van de professional in de nieuwe woonsituatie een ondernemende en creatieve houding verwacht.

Participatie van mensen met een verstandelijke beperking gaat niet vanzelf. Het vraagt de inzet van alle partijen: van cliënten, professionals, vrijwilligers (medeburgers) en van familie en verwanten. Dit past bij de hedendaagse maatschappelijke ontwikkelingen. De rol van het sociale netwerk komt steeds meer op de voorgrond te staan.

De Zijlen streeft ernaar dat iedere cliënt zijn of haar eigen plek inneemt in de samenleving. Het management van De Zijlen draagt deze visie en missie en visie actief uit in haar omgeving. Het niveau van functioneren van cliënten van De Zijlen maakt dat maatschappelijke participatie meestal niet door de cliënt alleen gestalte gegeven kan worden, maar dat hiervoor actieve ondersteuning van het netwerk nodig is. Met andere woorden een verhuizing van een instellingsterrein naar een kleinschalige woonvorm is slechts de eerste stap geweest. Cliënten blijken na deze stap tevreden te zijn over hun eigen plek. Maar om te integreren in de maatschappij is meer nodig: participeren moet je stimuleren en organiseren.

Daarnaast wordt aanbevolen de naamsbekendheid van de locaties in de omgeving te vergroten, om zodoende het contact met de buurtgenoten te vergroten en meer vrijwilligers te binden. Dit kan door te investeren in wijk- en netwerkontwikkeling en het actief betrekken van de buurt bij de locatie. Hierbij is het belangrijk om vrijwilligers door training en cursussen voldoende toe te rusten op het omgaan van cliënten met mensen met een verstandelijke beperking en eventuele bijkomende problematiek.

1. Inleiding

In dit rapport 'Participeren moet je organiseren' wordt verslag gedaan van de resultaten van een kwalitatief onderzoek naar de participatie en de kwaliteit van leven van vijftien cliënten met een verstandelijke beperking die verhuisd zijn binnen De Zijlen. De cliënten zijn tussen 2005 en 2009 verhuisd van Sintmaheerdt in Tolbert en Groot Bronswijk in Wagenborgen, naar kleinschaliger woonlocaties.

De Zijlen is een organisatie die zich inzet voor zo'n 1.000 mensen (kinderen, jongeren en volwassenen) met een verstandelijke beperking in de stad en de provincie Groningen. De dienstverlening van De Zijlen bestaat uit alle functies op het gebied van langdurige zorg (voorheen AWBZ), te weten verblijf, behandeling, huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding. Het merendeel van de cliënten van De Zijlen heeft relatief intensieve zorg/ ondersteuning nodig.

Bij De Zijlen werken ongeveer 1.150 medewerkers (700 fte). Zij ondersteunen mensen met een verstandelijke beperking bij het vormgeven van een eigen plek in de samenleving. Samen met cliënten en hun verwanten zoeken begeleiders naar ontwikkelkansen en mogelijkheden. 'Betekenis boven beperking' staat hierbij centraal (De Zijlen, 2015).

De laatste 30 jaar is er in het denken over mensen met een verstandelijke beperking veel ontwikkeling geweest. In de jaren 70 werden mensen met een verstandelijke beperking nog als 'anders dan anderen' beschouwd. Een verstandelijke beperking werd gezien als een ziekte of stoornis. Als gevolg van deze zienswijze werd het medische model gehanteerd in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking (Den Daas et al., 2007). Omdat mensen met een verstandelijke beperking zich volgens dit model niet konden handhaven in de samenleving werden zij daarvan afgezonderd om zo in een 'eigen' omgeving beter behandeld te kunnen worden. Zij woonden dan ook veelal op instellingsterreinen die los stonden van de samenleving.

Al vanaf de jaren 60 ontstond internationaal kritiek op deze segregatie. Bovendien ontstond er kritiek op de woonomstandigheden binnen de instellingsterreinen. Deze waren vaak slecht. Er waren grote onpersoonlijke leefgroepen. Dit was niet goed voor de kwaliteit van leven van mensen met een verstandelijke beperking (van Gennip, 2000). Na deze kritiek zijn in het buitenland veel instellingsterreinen gesloten. In Nederland werd in eerste instantie gekozen voor het verbeteren van leefomstandigheden binnen de instellingsterreinen. In de jaren 90 groeide het besef dat mensen met een verstandelijke beperking recht hebben op een volwaardige plaats in de samenleving, ook wel inclusie genoemd.

Deze veranderingen in het denken over mensen met een verstandelijke beperking hebben in Nederland aanleiding gegeven tot een beleid gericht op deinstitutionalisering. Daarbij is het streven om zo weinig mogelijk cliënten te laten wonen op grote instellingsterreinen. Dit wordt ook wel deconcentratie genoemd. Deconcentratie wordt gezien als middel om de vermaatschappelijking van mensen met een verstandelijke beperking te doen slagen (Den Daas et al., 2007).

Het veranderende beleid van de overheid viel samen met de wens van De Zijlen om het verouderde instellingsterrein Sintmaheerdt in Tolbert te vervangen (Emmens et al., 2010). De huizen op Sintmaheerdt werden gekenmerkt door weinig privacy, grote woongroepen en weinig persoonlijke woonruimte (Wallenburg, 2004). Op het terrein waren verschillende voorzieningen aanwezig, zoals een café, een stiltecentrum, een winkel en een zwembad. Het leven van de cliënten vond hierdoor grotendeels plaats op het terrein. Participeren in de samenleving was daardoor geen noodzaak. Binnen De Zijlen ontstond een steeds grotere overtuiging dat dit anders moest en kon, om de maatschappelijke participatie van cliënten en hun kwaliteit van leven te verbeteren. In 2005 werd de omvangrijke verhuisbeweging gestart.

Ter ondersteuning van dit omvangrijke verhuisproces op Sintmaheerdt heeft De Zijlen het lectoraat Rehabilitatie van de Hanzehogeschool Groningen gevraagd om onderzoek te doen. De specifieke vraag was hoe De Zijlen de belanghebbenden “het beste kon informeren en betrekken tijdens het verhuisproces”. Dit onderzoek heeft plaatsgevonden van 2006 tot 2009.

Bij Groot Bronswijk, een psychiatrisch centrum in Wagenborgen, vond in dezelfde periode een decentralisatieproces plaats. Er woonden destijds nog 400 psychiatrisch en/of verstandelijk beperkte mensen. Een deel van de populatie van Groot Bronswijk waren cliënten met een verstandelijke beperking, waarvan De Zijlen in 2002 de plaatsen overnam. In 1992 werd besloten om Groot Bronswijk op te heffen. Er werden 320 patiënten ondergebracht in instellingen in onder andere Delfzijl, Zuidlaren, Winschoten en Stadskanaal. Een lang verhuisproces volgde. In 2006 verhuisden de laatste cliënten uit Wagenborgen die onder De Zijlen vielen, naar de huidige woonlocatie in Appingedam.

De visie van De Zijlen beschrijft dat mensen met een verstandelijke beperking regie voeren over hun eigen leven, keuzevrijheid hebben, hun privacy gerespecteerd zien en deelnemen aan de maatschappij op een wijze die bij hen past. Hierbij vindt De Zijlen het belangrijk dat cliënten een persoonlijk netwerk hebben en onderhouden en uitdrukking geven aan hun levensbeschouwelijke of religieuze opvatting. Daarbij worden zij optimaal ondersteund in hun lichamelijk en geestelijk welzijn en gezondheid. Deze zorgvisie is uitgewerkt in de drie kernthema's: eigen regie, partnerschap en maatschappelijke participatie.

Na een periode waarin een aantal verhuisbewegingen heeft plaatsgevonden, ontstaat nu de vraag in hoeverre de bewoners participeren in hun nieuwe omgeving. Het management van De Zijlen is geïnteresseerd of het beleid dat de organisatie voorstaat ook geleid heeft tot het verwerven van een plek van betekenis en deelname aan de maatschappij. Opnieuw heeft het management van De Zijlen de samenwerking gezocht met het lectoraat Rehabilitatie om een onderzoek te doen of het nieuwe beleid zijn vruchten afwerpt. Het onderhavige onderzoek is gestart in april 2014.

Gedurende de onderzoeksperiode is een projectteam samengesteld met een afvaardiging van De Zijlen en een afvaardiging van het lectoraat Rehabilitatie. De projectleiding was in

handen van Dr. L. Korevaar, Lector Rehabilitatie aan de Hanzehogeschool. Dhr. B. Terpstra; manager Zorg & Dienstverlening, participeerde samen met de gedragskundige van De Zijlen en de projectuitvoerder van het Lectoraat Rehabilitatie in de projectgroep. In dit onderzoek is door de projectuitvoerder van het lectoraat Rehabilitatie nauw samengewerkt met de gedragsdeskundige van De Zijlen. Na het voorbereidende onderzoek vanaf april 2014 zijn in september onder begeleiding van het lectoraat drie deelonderzoeken uitgevoerd door studenten van de HBO-Verpleegkunde.

Dit onderzoek is specifiek gericht op mensen met een verstandelijke beperking die verhuisd zijn van een instellingsterrein naar een locatie in de wijk. De cliënten woonden eerst op de locatie Sintmaheerdt of Groot Bronswijk. Deze cliënten zijn tussen 2005 en 2009 verhuisd naar de locaties 't Roer in Groningen, De Gilde in Muntendam of de locatie Appingedam. Het doel van het onderzoek is inzicht krijgen in hoeverre cliënten die verhuisd zijn participeren in de omgeving en in hoeverre dit van invloed is op de kwaliteit van leven van cliënten.

Het onderzoek is kwalitatief van aard.

De onderzoeksvraag luidt:

“Wat is de kwaliteit van leven van de cliënten die verhuisd zijn van een instellingsterrein naar een kleinschalige woonvorm in de wijk en hoe participeren zij in hun woonomgeving?”

Daaruit voortvloeiend wordt antwoord gezocht op de volgende deelvragen:

- *Wat is de kwaliteit van leven van de cliënten die verhuisd zijn naar een kleinschalige woonvorm?*
- *In hoeverre participeren deze cliënten in hun woonomgeving?*

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag zijn vijf cliënten geïnterviewd door de projectuitvoerders. Daarnaast zijn in drie deelonderzoeken de sleutelpersonen rondom vijftien cliënten (familie/verwanten, professionals en vrijwilligers) op de locaties Muntendam (De Gilde), Groningen ('t Roer) en Appingedam geïnterviewd door middel van semigestructureerde interviews. Voorafgaand hieraan is dossieronderzoek gedaan. De cliënten zijn zo veel mogelijk geselecteerd op deelname aan het vorige onderzoek dat door het Lectoraat is gedaan. Op basis van de onderzoeksresultaten worden aanbevelingen gedaan ter verbetering van de praktijk.

In dit rapport wordt gesproken over “de cliënten”, dit zijn de vijftien cliënten die bij het onderzoek betrokken zijn. De geïnterviewde familieleden of verwanten worden in dit rapport aangeduid als verwanten. Wanneer er wordt gesproken over professionals dan zijn dit de begeleiders van dagbesteding, de persoonlijk begeleiders of andere medewerkers van De Zijlen. Wanneer gesproken wordt over respondenten dan betreft het alle geïnterviewden rondom de cliënt: professionals, familie/verwanten en vrijwilligers.

In dit rapport zijn de gegevens van de drie deelonderzoeken en het aanvullend onderzoek door de projectuitvoerders (interviews met de cliënten) samengevoegd. Op deze manier is

het mogelijk geworden uitspraken te doen over het effect van de verhuisbewegingen bij De Zijlen. Het onderzoek is vooral gericht op wat mensen ervaren. Er worden citaten gegeven om de achtergrond van enkele cliënten te illustreren.

In hoofdstuk 2 wordt de methode van het onderzoek besproken. In hoofdstuk 3 wordt de achtergrond geschetst en het literatuuronderzoek. In hoofdstuk 4 t/m 7 worden de resultaten van de deelonderzoeken weergegeven. In hoofdstuk 8 wordt ingegaan op de discussiepunten die dit onderzoek heeft opgeleverd en worden de conclusies beschreven en aanbevelingen gedaan.

2. Onderzoeksmethodiek

Het onderzoek naar de kwaliteit van leven van de cliënten van De Zijlen die verhuisd zijn en hoe zij participeren in de samenleving, bestaat uit drie deelonderzoeken. De drie deelonderzoeken zijn op elkaar afgestemd qua onderzoeksmethodiek. Daarnaast zijn vijf interviews afgenomen met cliënten van de drie locaties door de twee projectmedewerkers van dit onderzoek. In hoofdstuk 4 t/m 7 worden de resultaten van de drie deelonderzoeken en de interviews samenvattend weergegeven.

2.1 Methodologie

Dit kwalitatieve onderzoek is een transversaal onderzoek met een beschrijvend karakter. Het onderzoek is kwalitatief van aard; het is gebaseerd op de beleving van de respondenten. De werkelijkheid is gekleurd door de belevingswereld van de respondenten. De interviews zijn eenmalig afgenomen (één meetmoment), daardoor wordt gesproken van een transversaal onderzoek. Transversaal onderzoek wordt vaak gebruikt bij een beschrijvend onderzoeksprobleem (Dassen, Keuning, Jansen & Jansen, 2011). Omdat er vanuit meerdere perspectieven (cliënt, familie en begeleiders) wordt ingegaan op kwaliteit van leven en participatie van de cliënt heeft dit onderzoek tevens kenmerken van een casestudy. Een casestudy gaat diep in op de situatie van de onderzochte personen en wordt bestudeerd vanuit meerdere perspectieven, namelijk de cliënten met een verstandelijke beperking en hun familie en verwanten en begeleiders (Baarda, Bakker, Fischer, Julsing, Goede de, Peters, & van der Velden, 2013). Binnen dit onderzoek is dit gedaan door te kijken naar de beleving van de cliënten, door het doen van dossieronderzoek en door te kijken naar de beleving van de familie en verwanten en begeleiders (Hunink, Bijl, Cusveller, Linge, Polhuis, & Vermeij, (2006). Aangezien de betekenis die de respondenten zelf aan de situatie geven een grote rol speelt, is er tevens sprake van een kwalitatief beschrijvend onderzoek (Verhoeven, 2011). De kwaliteit van leven en de beleving van mensen met een verstandelijke beperking ten aanzien van participeren in de wijk zijn door middel van semigestructureerde interviews onderzocht.

2.2 Dataverzameling

2.2.1 Literatuuronderzoek

Om de resultaten van het praktijkonderzoek te kunnen vergelijken met literatuur is een literatuuronderzoek verricht. De resultaten hiervan staan beschreven in hoofdstuk 3. Tijdens het literatuuronderzoek is gelet op: Wat is er in de literatuur bekend over participatie van mensen met een verstandelijke beperking? Wat is er bekend over kwaliteit van leven van mensen met een verstandelijke beperking? Wat is de samenhang van participatie en kwaliteit van leven? Wat is er bekend over participatie van cliënten ouder dan 70 met een verstandelijke beperking?

Voor het literatuuronderzoek is gebruik gemaakt van verschillende databanken, Nursing and Allied Health Collection: Basic, Pubmed en Springerlink. Hierbij zijn de volgende zoektermen gehanteerd: intellectual disability, severe intellectual, verstandelijke beperking,

participation, participatie, quality of life (QOL), kwaliteit van leven, society, maatschappij, elderly people, aged people.

2.2.2 Praktijkonderzoek

Het praktijkonderzoek bestaat uit twee delen, de semigestructureerde interviews en het dossieronderzoek. Allereerst wordt de onderzoekspopulatie beschreven en hoe de respondenten zijn geselecteerd. Daarna zal de uitvoering van de semigestructureerde interviews en het dossieronderzoek beschreven worden.

2.2.3 Onderzoekspopulatie en selectie van respondenten

De cliënten die verhuisd zijn van een van de instellingsterreinen naar de wijk en hun familie en/ of wettelijk vertegenwoordiger, zijn door De Zijlen per brief benaderd om deel te nemen aan dit onderzoek. Het betreft een selectieve steekproef. Voor vijftien cliënten met een lichte tot ernstige verstandelijke beperking werd toestemming gegeven om deel te nemen aan dit onderzoek. Vervolgens heeft de projectmedewerker de cliënten onder de drie onderzoekskoppels verdeeld. De leeftijd van deze cliënten ligt tussen de 40 en 89 jaar.

Er is een doelgerichte steekproef uitgevoerd voor de selectie van de respondenten. De inclusiecriteria voor de steekproef waren als volgt:

- Mensen met een lichte tot ernstige verstandelijke beperking van De Zijlen op de locaties in Appingedam, Muntendam (De Gilde) of Groningen ('t Roer).
- Cliënten die verhuisd zijn van een instellingsterrein naar een van deze locaties.

Na de informed consent-procedure hebben vijftien cliënten/wettelijk vertegenwoordigers van cliënten uit Appingedam/Muntendam/Groningen toestemming gegeven voor het onderzoek (Schuurmans, Lambregts & Grotendorst, 2012). De informed consent-brief is terug te vinden in bijlage 3.

Er is gekozen om rondom de cliënten drie nauw betrokken respondenten uit het netwerk te interviewen. Deze drie respondenten zijn de eerste contactpersoon (verwanten), de persoonlijk begeleider (professional) en een vrijwilliger (als een cliënt geen vrijwilliger had is gekozen voor een begeleider van de dagbesteding). Door de onderzoekers zelf is contact gezocht door middel van een brief of eventueel telefonisch om een tijd en locatie af te spreken voor de interviews. Daarnaast zijn er vijf van de vijftien cliënten geïnterviewd, deze cliënten (en hun wettelijk vertegenwoordigers) gaven toestemming om mee te werken aan een interview. De overige tien cliënten zijn na overleg met de betrokken professionals en wettelijk vertegenwoordigers niet geïnterviewd, omdat het afnemen van een interview onvoldoende informatie op zou leveren. Het communicatieniveau van deze cliënten is laag door hun niveau van functioneren of door de ernst van de bijkomende problematiek, bijvoorbeeld dementie. Daardoor zou het afnemen van een interview voor deze cliënten te veel onrust met zich meebrengen.

2.2.4 Dossieronderzoek

Het dossieronderzoek is gedaan om inzicht te krijgen hoe in de zorgdossiers gerapporteerd wordt over kwaliteit van wonen en participatie. In het ondersteuningsplan is gezocht naar relevante informatie over participatie en de kwaliteit van wonen. Het dossieronderzoek is uitgevoerd aan de hand van een checklist met dezelfde topics als bij de interviews. De gebruikte literatuur voor de checklist voor het dossieronderzoek is dezelfde als voor de topiclijst. Er is gekozen voor een checklist, zodat er een duidelijk overzicht ontstaat bij de resultaten.

Het dossieronderzoek is voorafgaand aan de interviews uitgevoerd.

2.2.5 Semigestructureerde interviews

Het is belangrijk te weten hoe de cliënt en haar netwerk zijn/ haar participatie ervaart. Het is niet alleen van belang om de activiteiten en participatie te meten, maar ook te vragen wat de cliënt en haar netwerk ervan vindt (Beurskens, Wolters, Engelen, Lemmens, & Post, 2005). Om die reden is voor semigestructureerde interviews gekozen. Een semigestructureerd interview geeft de geïnterviewde voldoende ruimte om de beleving en persoonlijke opvattingen te vertellen (Migchelbrink, 2012). In dit onderzoek zijn de respondenten gevraagd om de beleving en de persoonlijke opvattingen van de cliënt weer te geven.

Bij het afnemen van de interviews is gebruik gemaakt van een topiclijst. De topiclijst is gebaseerd op bestaande vragenlijsten van Den Daas e.a. (2007) en Cardol (2004), waarin de negen domeinen van participatie en de kwaliteitsdomeinen van Schalock beschreven worden. De domeinen van Schalock staan uitgewerkt in bijlage 1. De kwaliteitsdomeinen van Schalock komen voor een groot gedeelte overeen met de negen domeinen van participatie. Daarom is er voor gekozen om deze samen te voegen tot één data-extractielijst. De data-extractielijst bestaat uit de volgende topics: Wonen, dagactiviteiten/vrijwilligerswerk, sociale contacten, vrijetijdsbesteding, bewegingsvrijheid, veiligheid, dagelijks welbevinden, aansluiting/ samenwerking met maatschappelijke voorzieningen en organisaties, faciliteren en stimuleren van participatie in de wijk. De data-extractielijst is terug te vinden in bijlage 2. De interviews werden geopend met een vaste beginvraag: "Hoe brengt de cliënt de dag door/ Hoe ziet zijn of haar dag er globaal uit?"

De respondenten kregen de keuze om aan te geven waar zij geïnterviewd wilde worden. Op deze manier voelen respondenten zich veilig (Baarda et al., 2013). Familie van een aantal cliënten gaf hun voorkeur aan de thuissituatie. De overige respondenten gaven aan dat zij op hun werklocatie of woonlocatie geïnterviewd wilden worden. De respondenten zijn allemaal individueel geïnterviewd, om het eigen perspectief van de betrokkenen te leren kennen. De duur van een interview varieerde van twintig tot vijfenveertig minuten. Tijdens het interview is dieper ingegaan op de antwoorden van de respondent. De data-extractielijst heeft gedurende het interview structuur aan het gesprek geboden.

2.3 Data-analyse van de interviews

Van alle interviews zijn geluidsopnames gemaakt. De afgenomen interviews zijn getranscribeerd. De interviews zijn vervolgens letterlijk uitgetypt. Er is tijdens de data-analyse gebruik gemaakt van Atlas-ti. Dit is een computerprogramma dat kwalitatieve analyse kan ondersteunen. De analyse is stapsgewijs gedaan aan de hand van de volgende stappen uit Verhoeven (2011):

Stap 1

De getranscribeerde interviews werden ingevoerd in het programma Atlas-ti. De interviews zijn gecodeerd aan de hand van de negen topics: wonen, dagactiviteit/vrijwilligerswerk, sociale contacten, vrijetijdsbesteding, bewegingsruimte, veiligheid, dagelijks welbevinden, aansluiting/ samenwerking, faciliteren/ stimuleren van participatie in de wijk.

Stap 2

De betekenissen van de codes zijn geïnterpreteerd. Op basis van de analyses van de teksten zijn er aanvullende codes gemaakt die niet voorkomen in de topiclijst. Dit waren de volgende codes: vrijwilligers, kwaliteit van leven en vergelijking met wonen op een instellingsterrein.

Stap 3

De gecodeerde teksten zijn beschreven onder de resultaten en hebben geleid tot een antwoord op de onderzoeksvraag.

Na deze beschrijving van de onderzoeksmethodiek wordt in het volgende hoofdstuk ingegaan op de resultaten per deelonderzoek. Eerst zal het deelonderzoek in Appingedam worden beschreven, vervolgens het deelonderzoek in Muntendam en ten slotte het deelonderzoek in Groningen en Appingedam.

3. Literatuuronderzoek

3.1 Inleiding

Mensen met een verstandelijke beperking nemen zoveel mogelijk deel aan de samenleving. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om wonen in een woonwijk, participeren op de arbeidsmarkt en deelnemen aan regulier onderwijs (Emmens et al., 2010). Participatie staat voor meedoen aan het maatschappelijke leven (Post & van der Lucht, 2012).

Het uitgangspunt van de overheid is dat iedereen volwaardig moet kunnen meedoen in de samenleving. Dit uitgangspunt is vastgelegd in de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte, waarin het recht op gelijke behandeling is vastgelegd voor wonen, werk, onderwijs en openbaar vervoer (Meulenkamp, van der Hoek & Cardol, 2013). Met de komst van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in 2007 is er tevens een verandering gekomen in de ondersteuning. Maatschappelijk hoofddoel van de Wmo is om de participatie van alle burgers in de samenleving mogelijk te maken en te bevorderen. Het streven is dat mensen zo lang mogelijk in hun eigen leefomgeving kunnen blijven wonen en elkaar kunnen ondersteunen indien nodig (Meulenkamp et al., 2013). Deze maatschappelijke ontwikkelingen staan niet los van de visie van vele zorginstellingen, zoals dit ook bij De Zijlen al sinds 2002 centraal staat.

In dit hoofdstuk wordt eerst ingegaan op decentralisatie en kwaliteit van leven van cliënten, vervolgens wordt ingegaan op het begrip participatie en wat verschillende onderzoeken hierover beschreven hebben. Vervolgens wordt beschreven welke positieve en negatieve factoren van belang zijn bij participatie. Tevens zal worden beschreven wat de rol is van de organisatie bij het participatieproces. In paragraaf 2.4 wordt beschreven welk effect decentralisatie heeft op de kwaliteit van leven van mensen met een verstandelijke beperking.

3.2 Decentralisatie en kwaliteit van leven

Het decentralisatiebeleid is een gevolg van maatschappelijke ontwikkelingen en veranderende opvattingen over mensen met een verstandelijke beperking. Het huisvesten in kleinschaliger woonvormen draagt bij aan vermaatschappelijking van mensen met een verstandelijke beperking. Met normalisatie en integratie wil men vermaatschappelijking in het leven van mensen met een verstandelijke beperking bereiken. Dat wil zeggen dat zij hun eigen leven leiden en deel gaan uitmaken van de maatschappij, net als andere burgers dat doen. Vermaatschappelijking heeft twee verschillende aspecten: maatschappelijke integratie en sociale integratie. Bij maatschappelijke integratie gaat het om fysieke betrokkenheid en aanwezigheid, zoals het gebruik maken van voorzieningen. Bij sociale integratie gaat het om relaties die de persoon met een verstandelijke beperking heeft met andere mensen en zaken zoals welbevinden, gemeenschapsgevoel en acceptatie (Den Daas et al., 2007).

De Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) beschrijft in haar kwaliteitskader 2013 dat men binnen de sector streeft naar verbetering van de kwaliteit van leven van haar cliënten. De uitgangspunten zijn 'kwaliteit van bestaan' en 'regie over eigen leven' van

cliënten (Blom et al., 2013). In de *visie op cliënten* geformuleerd door VGN staat beschreven dat mensen met een beperking een leven willen leiden dat past bij hun mogelijkheden, wensen en ambities. De *visie op ondersteuning* wordt beschreven als het streven mensen met een beperking te ondersteunen in het zo goed en zo zelfstandig mogelijk vormgeven van hun leven (Blom et al., 2013). Het kwaliteitskader gaat verder uit van de acht domeinen van Schalock en Verdugo (2002). Deze acht domeinen zijn: lichamelijk welbevinden, psychisch welbevinden, interpersoonlijke relaties, deelname aan de samenleving, persoonlijke ontwikkeling, materieel welzijn, zelfbepaling en belangen (Blom et al., 2013). Het kwaliteitskader beschrijft tevens wat het belang is voor cliënten om een volwaardig bestaan te kunnen leiden. Mensen met een beperking zijn burgers net als alle anderen en daarom hebben zij dezelfde rechten en verdienen zij evenveel kansen op een kwalitatief goed bestaan.

De Zijlen streeft in haar strategische schets (2014) naar: 'met zorg in de samenleving', waarbij alle mensen, met en zonder beperking, uniek en van betekenis zijn. Ieder mens beschikt over bijzondere eigenschappen en talenten. Daarmee zijn mensen dus niet gelijk, maar wel gelijkwaardig.

3.3 Participatie

Deelname aan de samenleving van mensen met een beperking gaat over wonen in een woonwijk en gebruik maken van winkels en openbare voorzieningen in de buurt, over het 'face to face' ontmoeten van andere mensen, over recreëren, werken en over het volgen van een opleiding. Om de maatschappelijke participatie te kunnen meten zijn indicatoren of deelgebieden vastgesteld. Deze deelgebieden bevinden zich vooral buitenshuis en in de maatschappij, op de domeinen wonen, mobiliteit, arbeid, vrije tijd en sociaal contact (Cardol et al., 2013). Participatie is verweven met het ervaren van meer kwaliteit van leven en wordt gezien als stimulerend voor het realiseren van kwaliteit van leven (Schuurman, 2002).

Volgens Van Loon (2009) wordt kwaliteit van leven beïnvloed door persoonlijke- en omgevingsfactoren en de interacties daartussen. Cardol, Vervloet & Rijken (2006) definiëren participatie als volgt: "Het vervullen van sociale en maatschappelijke rollen op een voor die persoon zinvolle manier". De definitie van deze term wordt voornamelijk bepaald door de verschillende levensdomeinen die de samenleving tot participatie rekent. Deze levensdomeinen zijn: wonen, dagactiviteit/ vrijwilligerswerk, vrijetijdsbesteding, sociale contacten, dagelijks welbevinden, veiligheid en aansluiting/ samenwerking (Kwekkeboom & Weert, 2008).

Schuurman (2002) schrijft dat bij volledige deelname aan de maatschappij mensen met een beperking gebruik moeten kunnen maken van de reguliere voorzieningen. Uit deze uitspraak kan geconcludeerd worden dat het zelfvoorzienend zijn, bijvoorbeeld het hebben van een eigen dagbesteding, geregeld door de instelling, een belemmerende factor kan zijn.

Verdonschot, Witte, Reichrath, Buntinx & Curfs (2009) beschrijven in hun onderzoek de invloed van omgevingsfactoren op de participatie van personen met verstandelijke beperking. Positieve factoren op participatie zijn bijvoorbeeld: mogelijkheden om eigen

keuzes te maken, stimulatie en variatie van de omgeving, kleinschalige voorzieningen, mogelijkheden voor autonomie, sociale ondersteuning, betrokkenheid van de familie en een positieve houding van het personeel. Een negatieve factor is bijvoorbeeld weinig acceptatie in de woonwijk. Van Alphen (2011) beschrijft dat er minder acceptatie is wanneer de cliënten worden gezien als een groep die in de woonwijk komt wonen. Er ontstaat dan meer weerstand bij de buurtbewoners. Wanneer een cliënt als individu wordt gezien in de woonwijk zal er meer acceptatie zijn. Naast de ligging van de locatie of de acceptatie van de wijk als factor voor acceptatie, zijn ook cliëntkenmerken bepalend voor de sociale integratie. De vaardigheden waarover mensen met een verstandelijke beperking beschikken kan ook van invloed zijn op het participatieproces van de cliënten. Cliënten die niet kunnen communiceren, niet zelfstandig een gesprek kunnen onderhouden en zich niet kunnen aanpassen in een situatie hebben minder mogelijkheden om te participeren (Abbott & McConkey, 2006). Hierbij speelt de mate van beperkingen een grote rol.

Verhuizen van een grotere instelling naar kleinschalig wonen in de wijk leidt niet automatisch tot deelname aan de maatschappij (Clement & Bigby, 2009). Schuurman (2002) zegt hierover, dat kleinschalig wonen tot de succesfactoren voor participatie lijkt te behoren. Daarnaast kunnen andere factoren zoals: de mate waarin mensen met een verstandelijke beperking welkom zijn in de wijk en het deelnemen aan activiteiten in de wijk door de instelling, bijdragen aan een succesvolle participatie (Schuurman, 2002). Bij de mate van participatie wordt gekeken naar de verschillende soorten activiteiten waaraan mensen deelnemen, de frequentie en de aard van de sociale contacten. De sociale contacten met mensen zonder verstandelijke beperking blijven meestal beperkt tot toevallige kennissen in plaats van vriendschappen. De contacten die er wel zijn bestaan voornamelijk uit familie, medecliënten en professionals (Clement et al., 2009).

De organisatie heeft zelf een belangrijke faciliterende rol. Het is van belang dat de organisatie professionals de ruimte geven om te werken aan participatie. Ruimte voor een aanpak waarbij er naar oplossingen kan worden gezocht voor betere participatie. Op dit terrein is nog veel winst te behalen en het is van belang dat de organisatie, professional en ook de mensen meteen verstandelijke beperking zelf hierin samen optrekken (Van Beek & Schuurman, 2011). Uit veel studies blijkt dat er wel sprake is van het wonen in de samenleving, maar dit betekent niet automatisch dat mensen met een beperking hier ook van profiteren (Dusseljee, Rijken, Cardol, Curfs & Groenewegen, 2011).

Een belemmerende factor zou het aangaan en onderhouden van nieuwe contacten kunnen zijn. Voor mensen met een verstandelijke beperking lijkt dit vaak een moeilijke opgave. Dit heeft vooral te maken met de wederkerigheid die nodig is om relaties te onderhouden. Hoe groter de ondersteuningsbehoefte van de cliënt is, des te minder sociale contacten zijn er met buurtgenoten en kan er minder gesproken worden van participatie in de wijk (Schuurman, 2002). Volgens Johnson, Douglas, Bigby & Lacono (2012) is over de belemmerende factoren nog maar weinig bekend.

3.4 Effecten van deconcentratie

Uit het onderzoek van Den Daas et al, (2007) blijkt dat volgens de familie en persoonlijk begeleiders weinig veranderingen zichtbaar zijn wat betreft kwaliteit van leven na de verhuizing van instelling naar de woonwijk. Veiligheid, huiselijkheid, een goede verzorging, voldoende activiteiten, respect, individuele aandacht en ontwikkeling worden gezien als belangrijke aspecten van kwaliteit van leven. Uit het onderzoek blijkt dat deconcentratie niet altijd een bijdrage levert aan de kwaliteit van leven, maar dat die ook niet is verslechterd. Er worden positieve veranderingen geconstateerd op het gebied van wonen en gedrag. Daarbij is een belangrijk gegeven dat deconcentratie tijd kost. Veranderingen die in eerste instantie negatief lijken kunnen uiteindelijk bijdraaien naar positieve veranderingen. Uit het onderzoek komt naar voren dat de woon-, werk- en dagbestedingssituatie van de personen is verbeterd ten opzichte van het wonen op een instellingsterrein. Echter komt ook naar voren dat de activiteiten buitenshuis zijn afgenomen en de beperkingen in de bewegingsvrijheid zijn toegenomen. Verder komt uit het onderzoek naar voren dat er sprake is van fysieke aanwezigheid in de maatschappij, maar geen echte deelname aan de maatschappij.

De sociale integratie van personen met een verstandelijke beperking is na het verhuizen van een instellingsterrein naar een woonwijk nog zeer beperkt. Het hebben van een eigen huis draagt bij aan de kwaliteit van leven. De sociale contacten van mensen met een verstandelijke beperking bestaan voornamelijk uit familie en begeleiding. Er is verder weinig contact met mensen zonder beperking (Kwekkeboom, M.H., Boer de, A.H., Campen van, C. & Dorrestein, A.E.G., 2006). Buiten familie en verwanten en begeleiders om zijn na de verhuizing over het algemeen geen nieuwe contacten ontstaan. Misschien is het voor deze cliënten niet mogelijk om sociaal te integreren, maar uit de literatuur blijkt dat het gewoon wonen in de wijk wel belangrijk is voor de cliënten (Den Daas, et al., 2007). Om deconcentratie een bijdrage te laten leveren aan een betere kwaliteit van leven voor mensen met een verstandelijke beperking, moet er gekeken worden naar het optimaliseren van de huidige situatie. Er moet worden geïnvesteerd in het vergroten van het activiteitenaanbod en aan het bevorderen van het netwerk in de wijk. Het actief betrekken van de buurt bij de locatie kan ook bevorderend werken. Dit vraagt om een investering in zowel materiële middelen als in opleiding en ondersteuning van het personeel (Den Daas, et al., 2007). Mensen met een verstandelijke beperking die in een woonwijk leven, participeren meer dan mensen met een verstandelijke beperking die wonen op een instellingsterrein (Verdonschot, et al., 2009). Maar de mate van participatie van mensen met een verstandelijke beperking is nog steeds veel lager dan dat van mensen zonder verstandelijke beperking.

In het onderzoek van Dusseljee, et al., (2011), is gekeken naar maatschappelijke participatie op de gebieden werk, sociale contacten en vrije tijdsbesteding bij mensen met een milde tot matige verstandelijke beperking. Bij de onderzoekspopulatie is onderscheid gemaakt in

geslacht, leeftijd en mate van beperking. Uit het onderzoek komt naar voren dat hoge participatie bij mensen met een lichte tot matige verstandelijke beperking geen indicatie is voor een hoge interactie met de samenleving. Ook wordt in dit onderzoek benoemd dat oudere mensen met een verstandelijke beperking een kleiner sociaal netwerk hebben en minder activiteiten in hun vrije tijd dan jongere cliënten. Oudere cliënten lopen een groter risico op sociale exclusie.

3.5 De visie en missie van De Zijlen

In 2011 is de strategische schets opgesteld, met als titel Betekenis boven beperking. In deze strategische schets is de koers bepaald voor de jaren 2012-2015. Daarin staat dat De Zijlen alle vormen van zorg en ondersteuning biedt aan alle mensen met een (verstandelijke) beperking, in al hun levensfasen. Dit levenslange en levens brede aanbod wil men de komende jaren blijven handhaven (De Zijlen, 2014).

De speerpunten zijn gebaseerd op de visie en missie. De speerpunten zorgen dat de nadruk in de ondersteuning verschuift van het hebben van een verstandelijke beperking naar het ontwikkelen en benutten van betekenisvolle mogelijkheden. Dit betekent dat het accent ligt op:

1. Het ondersteunen van maatschappelijke participatie: medewerkers ondersteunen iedere cliënt, ongeacht zijn levensfase en mate van beperking, naar een eigen plek van betekenis in de maatschappij te zoeken.
2. Het leveren van intensieve en complexe zorg en dienstverlening, passend bij de vraag van de cliënt.

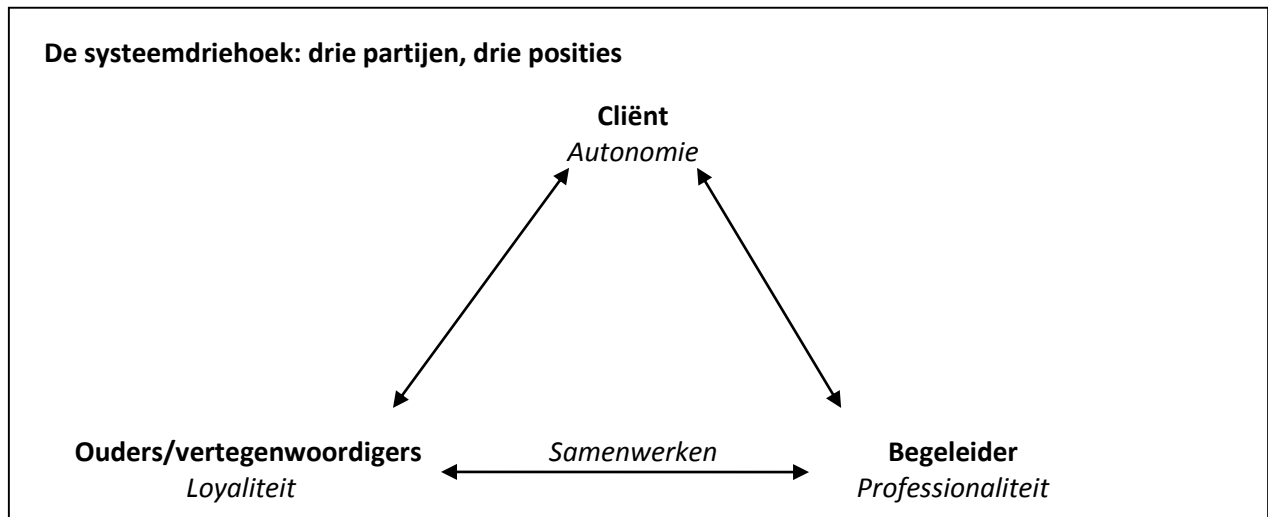
In 2013 zijn aanpassingen gedaan in de organisatiestructuur, die passen bij het organiseren vanuit de zorgvisie (De Zijlen, 2014).

In de Strategische schets 2012-2015 beschrijft De Zijlen dat mensen met een verstandelijke beperking:

- zoveel mogelijk regie voeren over hun eigen leven
- keuzevrijheid hebben en hun privacy gerespecteerd zien
- deelnemen aan de maatschappij op een wijze die bij hen past, onder andere door te wonen en werken met wie zij willen, en door vanuit hun mogelijkheden een bijdrage te leveren
- een persoonlijk netwerk hebben en kunnen onderhouden
- uitdrukking kunnen geven aan hun levensbeschouwelijke of religieuze opvatting
- optimaal ondersteund worden in hun lichamelijk en geestelijk welzijn en gezondheid

In de visie van De Zijlen staat de cliënt centraal, waarbij de driehoek cliënt, ouder/ vertegenwoordiger en begeleider als één systeem weergegeven wordt. Alle drie de partijen hebben eigen belangen en zijn tegelijk afhankelijk zijn van elkaar om die belangen te realiseren. De persoonlijk begeleider vervult een belangrijke rol in deze systeemdriehoek:

deze persoon coördineert de zorg en dienstverlening rondom de cliënt. Daarnaast is er een team van medewerkers dat verantwoordelijk is voor de dagelijkse zorg en diensten aan de cliënt. Sommige cliënten hebben ook ondersteuning van specialisten nodig bij het wonen en/of werken bij De Zijlen. Dit wordt weergegeven in de systeemdriehoek die het belang en de wisselwerking van deze relaties weergeeft (De Zijlen, 2012).



Figuur 1: Systeemdriehoek (Bron: De Zijlen, 2012)

De opgave van de begeleider is om vanuit professionaliteit ervoor te zorgen dat de cliënt zijn of haar eigen leven kan leiden, terwijl tegelijkertijd de ouders/vertegenwoordigers een passende bijdrage leveren aan het welzijn van de cliënt. De begeleider zoekt hierbij actief de inbreng van ouders/vertegenwoordigers bij de zorg en ondersteuning van een cliënt. Een goede relatie en wederzijdse betrokkenheid tussen ouders/vertegenwoordigers en begeleiders is de basis voor goede zorg aan en welbevinden van de cliënt (De Zijlen, 2012).

4. Deelonderzoek 1: Locatie Appingedam

Gerrit heeft een verstandelijke beperking. Hij is in 1949 opgenomen op het psychiatrische instellingsterrein in Wagenborgen, omdat het thuis bij zijn ouders niet meer ging. Ook zijn broer woonde op Wagenborgen. Eerst woonde Gerrit in een paviljoen met grote slaapzalen met veel andere mannen, vrouwen mochten er niet komen. Later is hij verhuisd naar een woning op het terrein, waar hij met zes andere cliënten woonde. Overdag werkte hij in de tuinen op het terrein. Op vrijdag kon hij bij de broeder zijn geld ophalen. In 2006 is Gerrit verhuisd naar zijn huidige woning in Appingedam. Hier heeft hij zijn eigen spullen, zoals een koffiezetapparaat en een televisie waarop hij voetbal kan kijken. Gerrit is inmiddels op leeftijd, hij kan niet meer zelfstandig lopen en voor zichzelf zorgen. Hij heeft gedurende de dag overal begeleiding bij nodig.

4.1 Locatie Appingedam

In dit deelonderzoek worden de resultaten weergegeven van het onderzoek naar het netwerk van vijf cliënten dat verricht is op de locatie Appingedam. De locatie Appingedam bestaat uit 48 appartementen, waar circa 48 cliënten gehuisvest worden, verspreid over twee flats. In de flats zijn verschillende vormen van zorg mogelijk variërend van ondersteunende begeleiding tot intensieve zorg. Eén flat bestaat uit zelfstandige appartementen en heeft op elke etage een huiskamer waar cliënten elkaar kunnen ontmoeten. De andere flat beschikt over een ontmoetingsruimte waar cliënten elkaar kunnen treffen. De leeftijd van de cliënten in deze flats varieert van begin twintig tot in de tachtig. Iedere cliënt beschikt hier over een eigen appartement. Het appartement bestaat uit een woonkamer met keukenblok, een slaapkamer en een badkamer met toilet. Cliënten die op deze locatie wonen kunnen hun dagbesteding zowel binnen als buiten de locatie volgen. De meeste cliënten die op de locatie Appingedam wonen waren eerst woonachtig op het instellingsterrein in Wagenborgen. Slechts een paar cliënten hebben vroeger op Sintmaheerdt gewoond.

4.2 Respondenten

Aan dit onderzoek hebben vijf cliënten in de leeftijd tussen de 45 en 89 jaar deelgenomen. Vier cliënten hebben een matige beperking en een cliënt heeft een lichte tot matige verstandelijke beperking. Bijkomende problematiek van deze cliënten varieert tussen een auditieve beperking (communiceren met gebarentaal), slechte mobiliteit, epilepsie, alzheimer, artrose en slijtage. Rondom deze vijf cliënten zijn drie direct betrokkenen geïnterviewd. Dit zijn een verwant, een vrijwilliger en een professional (persoonlijk begeleider of activiteitenbegeleider).

Tabel 1: Overzicht cliënten Appingedam en respondenten

Naam	Leeftijd	Verwant	Professional	Vrijwilliger
Cliënt 1	74	x	x	x
Cliënt 2	45	x	x	x
Cliënt 3	89	x	x	x
Cliënt 4	74	x	x	x
Cliënt 5	74	x	x	x

4.3 Wonen

Alle respondenten geven aan dat in vergelijking met het instellingsterrein de woonfaciliteiten verbeterd zijn. De appartementen zijn gelijkvloers en ruimer. De cliënten hebben beschikking over een eigen keuken en badkamer en er is 24 uur per dag begeleiding. Alle respondenten geven aan dat de cliënten zeer tevreden zijn over het hebben van een eigen appartement. De cliënten hechten alle vijf veel waarde aan het hebben van eigen spullen en een eigen plek. Privacy wordt voor vier cliënten benoemd. Het beschikken over een eigen appartement biedt voor twee cliënten meer zelfstandigheid en voor twee andere cliënten biedt dit juist meer veiligheid.

“Dus toen hij hier kwam had hij zijn eigen appartement, eigen huishouding, tv en hij kon zelf koffie zetten. Dat vond hij wel heel fijn”

(citaat uit interview met de activiteitenbegeleider van een cliënt)

Het is nu voor de cliënten mogelijk om bezoek te ontvangen op de eigen kamer. Alle vijftien respondenten geven aan dat de cliënten de gezamenlijke huiskamer ervaren als een gezellige en veilige plek met veel nabijheid en begeleiding.

“En ik denk dat heel veel mensen het heerlijk vinden om een eigen kamer, badkamer en een keukentje te hebben. Tja, wat dat betreft is het verbeterd”

(citaat uit een interview met een van de verwanten van een cliënt).

Naast de interviews is ook informatie gevonden in de dossiers met betrekking tot wonen. Uit de ondersteuningsplannen blijkt bijvoorbeeld dat voor alle cliënten een beschermde woonomgeving wordt gecreëerd door het structureren van dagen, het gebruiken van leefregels en bewaken van de continuïteit van zorg. Alle cliënten ervaren het hebben van een eigen appartement als prettig. Er staat over één cliënt beschreven dat het hebben van een eigen appartement belangrijk is voor de cliënt, bij een andere cliënt zorgt dit voor meer privacy. Voor twee cliënten wordt beschreven dat een eigen appartement dient als ruimte om zich terug te trekken als het te druk is op de groep.

4.4 Dagactiviteiten en vrijwilligerswerk

Bij dagbesteding wordt er onderscheid gemaakt in interne dagbesteding ('t Trefpunt en huiskamerproject) en externe dagbesteding (Brons). Beide vormen van dagbesteding worden aangeboden door De Zijlen.

Uit de interviews blijkt dat alle cliënten gebruik maken van dagbesteding, twee cliënten gaan naar 't Trefpunt, twee cliënten gaan naar de externe dagbesteding Brons. Eén cliënt heeft dagbesteding op het huiskamerproject, vanwege ouderdom en dementie. Het huiskamerproject is een vorm van dagbesteding waarbij er van de cliënten niet veel meer wordt gevraagd.

Het aantal dagen dat cliënten gebruik maken van dagbesteding varieert van drie dagen (twee cliënten) tot vijf dagen (drie cliënten). Dagbesteding op 't Trefpunt en op Brons bestaat uit: breien, borduren, knutselen, schilderen en dergelijke (aldus vier cliënten). De respondenten geven bij vier cliënten aan dat de dagbesteding als leuk ervaren wordt door hun cliënt en dat deze hier tevreden over is.

Eén familielid geeft aan dat de cliënt actiever is:

“Ze is veel actiever, want ik had de indruk dat ze in Groot Bronswijk (Wagenborgen) niet zo actief was als nu het geval is. Ook de faciliteiten zijn hier beter en groter”
(citaat van een van de verwanten van een cliënt).

Eén activiteitenbegeleider geeft aan dat zij een gesprek heeft gehad met de cliënt over de dagbesteding:

“En daarin gaf zij aan dat zij het handwerken en borduren hartstikke leuk vindt. Daar is zij trots op. Het is haar doel ook om bezig te blijven met haar vaardigheden op het gebied van breien. Tijdens het gesprek kwamen er eigenlijk geen ontevredenheden over de dagbesteding naar voren” (Aldus de activiteitenbegeleider van een cliënt).

Bij een andere cliënt geeft de activiteitenbegeleider aan dat het meer gaat om nabijheid en dat de cliënt hier wel van lijkt te genieten.

Uit de ondersteuningsplannen blijkt dat het aantal dagen dat de cliënten besteedt aan dagbesteding per week verschilt: drie dagen (twee cliënten), drieënhalve dag (een cliënt) en vijf dagen (twee cliënten). De dagbesteding bestaat voornamelijk uit handwerken (vier cliënten), handenarbeid (drie cliënten), huishoudelijke taken (een cliënt), puzzelen en koken (een cliënt) en het zorgdierproject (alle cliënten). Nabijheid en structuur is een belangrijke factor bij dagbesteding die zorgt voor een veilig gevoel (twee cliënten). Eén cliënt heeft geen actieve rol tijdens de dagbesteding. Voor twee cliënten is het van belang dat het personeel en de medecliënten gebarentaal kunnen spreken en verstaan.

De persoonlijk begeleider van een cliënt ervaart zelf weinig tijd om activiteiten met de cliënt te ondernemen:

“Eigenlijk heeft het personeel niet veel tijd om naast de basis iets bijzonders met de cliënten te doen. Je ben echt afhankelijk van vrijwilligers en stagiaires.”

Geschikte vrijwilligers vinden blijkt voor sommige cliënten lastig zijn. De cliënten die in omgang gemakkelijk zijn vinden sneller een vrijwilliger dan cliënten met gedragsproblematiek.

“De doelgroep houdt mensen nog wel eens tegen. We hebben toch wel een cliëntenpopulatie met gedragsproblematiek, daar moet je mee weten om te gaan en daar moet je je zeker in weten te voelen” (aldus een persoonlijk begeleider van een cliënt).

Uit de ondersteuningsplannen blijkt dat contact met de familie/ verwanten onder andere bestaat uit contact met de schoonzus (drie cliënten) en ouders (één cliënt). Eén cliënt heeft contact met een broer, kinderen en kleinkinderen. De vijfde cliënt heeft vooral contact met haar nichtjes. Alle cliënten hebben contact met een zorgdier-vrijwilliger die één keer in de week langskomt. Vier cliënten hebben contact met hun eigen vrijwilliger en zij hechten hier veel waarde aan. Twee cliënten zijn voor hun sociale contacten afhankelijk van gebarentaal en van de kennis die hun omgeving heeft van gebarentaal. Vier cliënten zijn afhankelijk van de begeleiding voor het onderhouden van hun sociale contacten met verwanten, vrijwilliger en medecliënten. Eén cliënt is in staat om zelf sociale contacten te leggen. Naast het contact met de familie en begeleiding hebben alle cliënten contact met medecliënten met behulp van de begeleiding die dit stimuleert. Twee cliënten hebben nog andere sociale contacten zoals mensen van de manege en vrienden en mensen van de kerk.

4.5 Sociale contacten

De persoonlijk begeleider van een van de cliënten beschrijft het belang van het hebben van sociale contacten van haar cliënt als volgt:

“Sociale contacten dragen heel erg bij aan haar kwaliteit van leven, anders zou zij het doodsaai vinden. Want ja ze kan zichzelf niet redden, dan zou ze gewoon niks hebben en zit ze daar maar te zitten. Kwaliteit van leven is dat ze zich lichamelijk goed voelt en ook dat ze leuke dingen kan doen. Een beetje contact met mensen, gezellig op het werk, een beetje aanrommelen bij het werken of in de vrije tijd en af en toe winkelen, dat haar haar goed zit en het hebben van mooie kleren.”

Alle respondenten geven aan dat het sociaal netwerk van de cliënten bestaat uit begeleiding en familie/verwanten. Bij twee cliënten spelen vrijwilligers een belangrijke rol. Twee cliënten hebben een vriendin vanuit een bewonersflat. Eén cliënt heeft contacten vanuit de kerk en contacten vanuit de vroegere woonplaats. Eén respondent geeft aan dat het sociale netwerk

van de cliënt zo klein is, dat als de verwanten wegvallen, zij volledig afhankelijk is van de begeleiding/vrijwilligers. In tabel 1 staat weergegeven welke contacten elke cliënt heeft. Respondenten geven aan dat drie cliënten zonder stimulatie van de begeleiding zelf geen contact leggen of zoeken met medebewoners. Het zelf maken van contact wordt bij deze cliënten belemmerd door dementie, ouderdom (één cliënt) en communicatie in gebarentaal (twee cliënten). Om de sociale contacten en communicatie van de cliënten met auditieve beperkingen te verbeteren wordt een cursus gebarentaal gegeven door een logopediste aan personeel en medebewoners. Bij twee cliënten geven de respondenten aan dat de cliënten beter willen communiceren met de omgeving, door betere beheersing van de gebarentaal door het sociale netwerk en het personeel.

“Ja, want zij liepen er ook tegenaan dat ze haar niet altijd begrepen, zowel de begeleiding als de cliënten. Eigenlijk bepalen wij zo’n beetje de isolatie waar zij in zit. Door de bereidheid om met elkaar gebaren te leren vergroot je haar wereld”, (aldus de activiteitenbegeleider van een cliënt).

Bevorderende factor voor twee cliënten bij het maken van sociale contacten is als vrijwilligers gebarentaal kunnen spreken:

“Ik kan echt wel merken aan de cliënt dat ze dat echt heel fijn vindt. Dat ze kan gebaren en dat ik haar begrijp”, (aldus de vrijwilliger van een cliënt).

Uit de interviews blijkt dat twee cliënten wel in staat zijn om zelf contact te leggen en één cliënt is in staat zelf contacten te onderhouden. De respondenten geven aan dat twee cliënten een vrijwilliger hebben. Eén van de cliënten heeft twee vrijwilligers, waarvan één vrijwilliger ook gebarentaal spreekt. De persoonlijk begeleider van een cliënt geeft aan dat de cliënt zelf actief is geweest in het werven van haar vrijwilliger. Via de kerk heeft zij, samen met de persoonlijk begeleider, een oproep gedaan voor een vrijwilliger waar positief op gereageerd is. Alle respondenten geven aan dat het hebben van een vrijwilliger bijdraagt aan de kwaliteit van leven en participatie van de cliënt. Twee cliënten hebben vroeger wel een vrijwilliger gehad. Twee activiteitenbegeleiders en één familielid geven aan dat de cliënten zonder vrijwilliger minder buiten komen. Alle respondenten geven aan dat er te weinig vrijwilligers zijn en dat dit belemmerende factoren met zich mee brengt.

Uit de interviews blijkt dat alle cliënten buitenshuis afhankelijk zijn van begeleiding. De begeleiding heeft niet altijd de tijd en ruimte om mee te gaan met de cliënten, zij zijn dan aangewezen op familie of vrijwilligers. Tijdens uitstapjes met de dagbesteding is personeel afhankelijk van vrijwilligers, omdat veel cliënten rolstoelafhankelijk zijn; vier van de vijf betrokken cliënten.

Door het tekort aan vrijwilligers kunnen cliënten minder naar buiten en minder deelnemen aan de maatschappij. Drie verwanten van alle vijf cliënten en één persoonlijk begeleider geven aan dat de cliënten dit jammer vinden en dat er meer vrijwilligers zouden moeten

komen. Alle persoonlijk begeleiders en activiteitenbegeleiders benoemen dat het werven van vrijwilligers een uitdaging is, omdat de doelgroep bestaat uit een cliëntenpopulatie met gedragsproblematiek. Twee cliënten zijn afhankelijk van gebarentaal, dit vraagt van vrijwilligers dat zij bereid zijn deze te leren. In alle interviews komt naar voren dat De Zijlen afhankelijk is van de bereidheid van mensen om vrijwilliger te willen zijn. Vijf respondenten zijn van mening dat de naamsbekendheid van De Zijlen binnen Appingedam niet groot is. Uit de gesprekken komt naar voren dat De Zijlen bezig is met het werven van vrijwilligers door middel van het uitdelen van folders en het organiseren van buurtactiviteiten. Alle persoonlijk begeleiders en activiteitenbegeleiders geven aan dat mensen liever geen verplichtingen aan willen gaan en vaak alleen de 'leuke en makkelijke' cliënten willen om vrijwilliger voor te zijn.

4.6 Vrijtijdsbesteding

Alle respondenten geven aan dat hun cliënt in zijn vrijetijdsbesteding eigen keuzemogelijkheden heeft. De vrijetijdsbesteding van twee cliënten bestaat uit knutselen of handwerken. Bij drie cliënten wordt televisiekijken en boodschappen doen genoemd. Voor vier cliënten wordt dagjes weggaan met of naar familie genoemd. Bij drie cliënten wordt uitslapen/ rusten genoemd. Voor alle cliënten is koffiedrinken een belangrijke vrijetijdsbesteding. Twee cliënten doen graag huishoudelijke klusjes. Daarnaast wordt met begeleiding het centrum ingaan, paardrijden en zwemmen genoemd voor één cliënt. Voor twee cliënten bestaat de vrijetijdsbesteding uit dingen ondernemen met de vrijwilliger. Een andere cliënt doet aan sjoelen, bijbelclub en kerk. Eén persoonlijk begeleider en één activiteitenbegeleider geven aan dat de cliënt vrijwel niets meer doet in de vrije tijd. Het drinken van koffie, rusten en hebben van nabijheid is genoeg. Het invullen van de vrije tijd wordt bij twee cliënten belemmerd door ouderdom en dementie. Uit de ondersteuningsplannen blijkt dat drie cliënten in staat zijn om eigen invulling te geven aan hun vrije tijd. Alle cliënten hebben interne vrijetijdsbesteding. Door drie cliënten wordt gebruik gemaakt van externe voorzieningen tijdens de vrijetijdsbesteding.

4.7 Bewegingsvrijheid

Uit de interviews blijkt dat alle vijf cliënten binnenshuis voldoende bewegingsvrijheid hebben. Er worden wel mobiliteitsproblemen buitenshuis ervaren. Dit komt door afhankelijkheid van begeleiding en/of hulpmiddelen. Drie cliënten maken gebruik van een rollator en twee cliënten zijn rolstoelafhankelijk. Alle respondenten geven aan dat de cliënten meer bewegingsvrijheid buitenshuis wenselijk zou zijn. Door de respondenten werd aangegeven dat hun cliënt afhankelijk is van begeleiding en van de tijd die begeleiders en vrijwilligers hebben voor wat betreft bewegingsvrijheid buitenshuis. Dit heeft te maken met verkeersonveiligheid (twee cliënten), rolstoelafhankelijkheid (vier cliënten) of de bijkomende problematiek zoals dementie en ouderdom (twee cliënten). Voor enkele cliënten was dit op

de instellingsterreinen ook het geval. Bij drie cliënten geven respectievelijk de activiteitenbegeleider, de persoonlijk begeleider en een verwant aan dat de bewegingsvrijheid op het instellingsterrein groter was. Bij twee cliënten is de bewegingsvrijheid buitenshuis niet veranderd:

“De meeste mensen zijn afhankelijk van begeleiding. Ze weten niet wat veilig is en steken gewoon over. Als je kijkt waar ze vandaan komt, Sintmaheerd is een afgesloten terrein. Plus dat mensen daar ook weten: “Pas op, dat is die vrouw die gewoon oversteekt”. En de mensen in Appingedam moeten er nog aan wennen. Bovendien is het een redelijk drukke weg die hier loopt. Er moet altijd begeleiding mee als zij naar buiten willen” (citaat van de activiteitenbegeleider van een cliënt).

De respondenten geven aan dat cliënten het vervoer naar de dagbesteding niet zelf kunnen regelen. Ze zijn afhankelijk van vervoer van De Zijlen. Eén cliënt maakt gebruik van de deeltaxi om naar haar familie te gaan. Zij kan dit niet zelf regelen dus ze is afhankelijk van anderen voor het regelen van dit vervoer. De respondenten geven verder aan dat de cliënten de mogelijkheid hebben om zelf keuzes te maken. Deze keuzes komen terug bij de dagbesteding, wonen, activiteiten met de vrijwilliger en vrijetijdsbesteding. Eén cliënt maakt haar eigen keuze of zij in de huiskamer wil zitten met de groep of in haar eigen appartement wil zijn.

Uit de ondersteuningsplannen blijkt dat drie cliënten binnenhuis afhankelijk zijn van begeleiding. De bewegingsvrijheid van cliënten wordt voor twee cliënten beperkt door afhankelijkheid van rollator, rolstoelafhankelijkheid. Alle cliënten zijn afhankelijk van begeleiding buitenshuis vanwege verkeersonveiligheid. Daarnaast zijn drie cliënten buitenshuis rolstoelgebonden. Door drie cliënten wordt gebruik gemaakt van de taxi naar dagbesteding en door één cliënt naar familie. De taxi wordt geregeld door de begeleiders. Alle cliënten kunnen een eigen keuze maken of zij in de huiskamer willen zitten met de groep of in hun eigen appartement willen zijn. Twee cliënten vragen om ondersteuning van begeleiding bij het maken van keuzes. Eén cliënt maakt haar keuzes kenbaar met gebaren, pictogrammen en foto's. Door middel van deze communicatiemiddelen kan zij invloed uitoefenen op haar eigen leven. Drie cliënten geven zelf aan wat ze wel of niet willen doen. Dit gebeurt door één cliënt bij dagbesteding en door twee cliënten bij het invulling geven aan de vrije tijd.

4.8 Veiligheid

Alle respondenten geven aan dat veiligheid voor de cliënten bestaat uit vaste begeleiding, nabijheid/continue begeleiding, structuur en bekende mensen om hun heen.

“Haar eigen appartement is een veilige omgeving, de huiskamer. Daar voelt zij zich ook wel veilig als ze alleen is. Buitenshuis zoekt ze dat in de begeleiding. Dat is voor

haar veiligheid; zij heeft veel nabijheid nodig” (aldus een persoonlijk begeleider van een cliënt).

Uit de interviews blijkt dat belevingsgerichte zorg één cliënt het gevoel van veiligheid geeft. Voor vier cliënten biedt het hebben van een eigen appartement veiligheid. Eén activiteitenbegeleider geeft aan dat zijn cliënt veiligheid ervaart in het hebben van eigen regie en de hulp die zij krijgt bij het maken van eigen keuzes. Alle respondenten geven aan dat hun cliënt verkeersonveilig is; buitenhuis is veiligheid voor de cliënt afhankelijk van het hebben van begeleiding.

Ook uit de ondersteuningsplannen blijkt dat alle cliënten verkeersonveilig zijn. Zij zijn afhankelijk van begeleiding buitenshuis en niet in staat om zelfstandig te functioneren. Veiligheid bestaat voor alle cliënten uit structuur, continue begeleiding en nabijheid. Zodra de structuur wegvalt worden twee cliënten onzeker en onrustig. Eén van de cliënten vraagt ondersteuning bij het zorgen voor haar mobiliteit en het verminderen van haar valgevaar om een voor haar veilige woonomgeving te creëren.

4.9 Dagelijks welbevinden

Alle respondenten geven aan dat hun cliënt over het algemeen tevreden en gelukkig is. Wel komt naar voren dat het dagelijks welbevinden belemmerd wordt door lichamelijke beperkingen (één cliënt), dwanghandelingen en dwanggedrag (één cliënt), miscommunicatie met gebarentaal (twee cliënten) dementie (twee cliënten).

“Ik denk dat ze gelukkig is hier. Alleen ik denk wel dat er vanuit de begeleiding meer aan gebarentaal gedaan moet worden. Dat echt iedereen met haar kan communiceren. Vaak als ze wordt begeleid door iemand die dat niet kan, merk ik dat ze onrustig wordt, omdat ze niet kan vertellen wat zij bedoelt of dat iemand anders er wat anders van maakt en zij zich niet begrepen voelt”(citaat van de vrijwilliger van een cliënt).

De respondenten van twee cliënten geven aan dat dagelijks welbevinden wordt bevorderd door een goede verzorging, aandacht, er verzorgd uit zien, eten en drinken. Daarnaast is een goede pijnbestrijding en zichzelf kunnen zijn van belang voor één cliënt als het gaat om de bevordering van het dagelijks welbevinden.

De persoonlijk begeleider van een cliënt beantwoordde de vraag of de cliënt gelukkig is als volgt:

“Ja, volmondig ja. En waarom, omdat ze haar eigen ding lekker kan doen in haar eigen ruimte, dat is voor haar het belangrijkste. Dat ze haar eigen kamer heeft, haar eigen woonkamer, eigen keukenblok, eigen slaapkamer en haar eigen wc/badkamer.”

Alle respondenten noemden het ontbreken van een vaste structuur of bekende begeleiding als belemmering. Eén familielid geeft aan dat zij denkt dat de kwaliteit van leven van de cliënt niet verbeterd is na de verhuizing.

“Onrustig, boos en mopperend. Hij reageert daar anders op. Hij heeft heel veel baat bij vaste begeleiding, die hem goed kent, vriendelijk benadert, op een rustige toon alles uitlegt. En benoemen wat je doet” (citaat van de activiteitenbegeleider van een cliënt).

De begeleiders en verwanten van drie cliënten geven aan dat zij vinden dat de betreffende cliënt over het algemeen een goede kwaliteit van leven heeft. Onder kwaliteit van leven wordt door alle respondenten verstaan: een vaste structuur en veiligheid, sociale contacten en aandacht. Alle cliënten hechten veel waarde aan het hebben van een eigen appartement. Voor vier cliënten is gezelligheid, buiten zijn in de zomer en maatschappelijke voorzieningen/ uitstapjes, vaste begeleiding en het hebben van een verzorgd uiterlijk belangrijk. Bij drie cliënten wordt privacy als belangrijke voorwaarde voor dagelijks welbevinden genoemd. Voor twee cliënten is lekker eten en drinken, het hebben van dagbesteding en het hebben van een vrijwilliger belangrijk. Bij twee andere cliënten is het kunnen communiceren in gebarentaal van belang. Voor één cliënt wordt keuzevrijheid genoemd door de respondenten genoemd als belangrijke factor voor dagelijks welbevinden.

Uit de ondersteuningsplannen blijkt dat het dagelijks welbevinden van twee cliënten wordt beïnvloed door bijkomende problematiek zoals onzekerheid en voor twee andere cliënten is dit dementie. Bij twee cliënten is sprake van verwardheid, waardoor onrust ontstaat. Alle cliënten hebben voorspelbaarheid en structuur nodig en voor wat betreft begeleiding is nabijheid en vaste begeleiding belangrijk. Bij verandering van de structuur ontstaat stress, dit kan zich bij één cliënt uiten in agressie, bij twee cliënten leidt dit motorische onrust of zelfverwonding. Drie cliënten hebben last van dwangmatige handelingen. Eén van de cliënten uit het vrij van stress zijn in opgewekt en behulpzaam zijn.

4.10 Aansluiting bij maatschappelijke voorzieningen / samenwerking

De respondenten geven aan dat de cliënten eens per jaar een uitstapje hebben waaraan zij deelnemen, georganiseerd vanuit de dagbesteding. Uit de interviews komt naar voren dat vier cliënten boodschappen doen in de winkels in Appingedam en naar restaurants gaan. Drie cliënten gaan naar de kapper in het dorp, waarvan één cliënt elke zes weken naar de kapper gaat. Drie cliënten maken gebruik van kledingwinkels in het dorp. Twee cliënten gaan één keer per week naar de manege waarvan één daarnaast ook naar het zwembad en de ander naar de kerk gaat. Eén cliënt maakt gebruik van de tandarts en is aangemeld bij stichting Kansplus. Deze cliënt heeft zes keer per jaar een vergadering van de locatieraad

Appingedam. Eén cliënt maakt helemaal geen gebruik van maatschappelijke voorzieningen als gevolg van ouderdom en dementie.

Alle respondenten van de cliënten geven aan dat zij voor het gebruik maken van maatschappelijke voorzieningen en het participeren in de wijk afhankelijk zijn van begeleiding, vrijwilligers of familie.

“Er worden wel eens vaker boodschappen gedaan door de groepsleiding. En die nemen dan één of twee cliënten mee, maar omdat de cliënt dan met een rollator loopt en niet snel loopt, laten ze haar eigenlijk wel vaker achter” (citaat van een verwant van een cliënt).

De persoonlijk begeleider van een van de cliënten geeft aan dat boodschappen doen samen met de cliënt nog niet heel vaak gebeurt:

“Nee, dat cliënten meegaan met weekendboodschappen doen gebeurt niet vaak, maar willen we wel meer doen. Boodschappen doen vinden ze gewoon leuk, want dan kunnen ze ook zelf dingen uitzoeken.”

De respondenten gaven bij vier cliënten aan dat zij meer naar buiten willen en meer gebruik willen maken van maatschappelijke voorzieningen.

Over de wens dat een cliënt meer naar buiten zou willen zegt de persoonlijk begeleider van een cliënt:

“Ze zou elke dag wel op pad willen. Dus aan haar eisen voldoen zou sowieso heel lastig zijn. Als ze zin heeft in snoep, dan zou ze wel graag zelf snoep willen halen. Maar meestal wordt het dan zo geregeld dat als ze snoep wil, dat we het voor haar meenemen. Dus ze krijgt wel wat ze wil, maar het mooiste zou zijn als je met haar naar de winkel kon.”

Voor alle cliënten geldt dat de begeleiders over weinig tijd beschikken om uitstapjes te maken en daarnaast niet altijd de mogelijkheid hebben om met cliënten mee te gaan. Eén persoonlijk begeleider noemt het grote sociale netwerk van de cliënt als bevorderende factor voor het participeren en gebruik maken van maatschappelijke voorzieningen. Bij drie cliënten wordt kwetsbaarheid en het hebben van een hoge leeftijd als belemmerende factoren voor het participeren in de wijk genoemd. Voor twee cliënten is bijkomende problematiek zoals dementie een belemmerende factor. Bij vier cliënten speelt immobiliteit of rolstoelafhankelijkheid een belemmerende rol. Drie cliënten worden belemmerd in de aansluiting met de maatschappij doordat zij geen vrijwilliger hebben en een beperkt sociaal netwerk hebben. Twee cliënten hebben problemen met communicatie als gevolg van hun auditieve beperking.

Uit de ondersteuningsplannen blijkt dat cliënten gebruik maken van verschillende maatschappelijke voorzieningen: Winkels in en rondom Appingedam (alle cliënten), manege en zwembad één keer per week (één cliënt), kapper (twee cliënten), koffiedrinken bij de Hema en uitstapjes maken met vrijwilliger (één cliënt), kerk en locatieraad (één cliënt). Alle cliënten zijn verkeersonveilig en niet in staat om zelfstandig naar buiten te gaan. Zij zijn voor het participeren en het gebruik maken van maatschappelijke voorzieningen afhankelijk van begeleiding. Drie van hen zijn afhankelijk van vrijwilligers.

4.11 Faciliteren/stimuleren van participatie in de wijk

De respondenten geven aan dat het wonen in Appingedam in vergelijking met wonen op het instellingsterrein ook enkele belemmerende factoren met zich meebrengt. Eén persoonlijk begeleider geeft aan dat in Appingedam sprake is van hoogbouw, waardoor het overzicht over cliënten minder is. De cliënten kunnen door de aanwezigheid van een lift niet zelfstandig naar buiten. Twee persoonlijk begeleiders geven aan dat het instellingsterrein meer geborgenheid en veiligheid bood en dat daar meer mogelijkheden tot uitstapjes waren. Acht respondenten gaven aan dat het naar buiten gaan op het instellingsterrein makkelijker te realiseren was voor de cliënten. Nu zijn de cliënten afhankelijker van begeleiding.

“Ik denk dat het dorp Appingedam anders is dan het dorp Wagenborgen. Als ik die verhalen hoorde dan hoorden bewoners daar gewoon bij, dat was door iedereen geaccepteerd. Ik denk niet dat Appingedam weet wat wij te bieden hebben en wat voor instelling wij zijn. En we hebben ook mensen met bepaalde gedragsproblematiek, dus als je dat alleen ziet... In Wagenborgen was dat absoluut niet zo. Daar konden ze gewoon naar de bank en de mensen wisten precies wie het was” (citaat van een activiteitenbegeleider van een cliënt).

Eén verwant geeft aan dat er ook op het instellingsterrein weinig mogelijkheden waren en dat er weinig contact was met de dorpsbewoners. Andere respondenten geven aan dat op het instellingsterrein door de cliënten makkelijker contact werd gelegd met medebewoners en dorpsgenoten:

“Als het mooi weer was ging je buiten zitten en anderen gingen ook buiten zitten. Dus je had heel veel contact onderling met andere bewoners. Hier zit je op je eigen etage, mensen gaan niet zoals verwacht heen en weer, mensen gaan niet met hun rollator even beneden koffie drinken. Dit had men wel verwacht toen ze hier heen gingen. Mensen kunnen wel bij elkaar op bezoek gaan, maar dit doen ze niet omdat ze dit niet leren.” (citaat van een activiteitenbegeleider van een cliënt).

4.12 Conclusie deelonderzoek 1

De cliënten van de locatie Appingedam zijn erg tevreden op het gebied van wonen en hechten veel waarde aan hun eigen appartement. Voor bijna alle cliënten geldt dat het hebben van een vrijwilliger bijdraagt aan de kwaliteit van leven. Onder kwaliteit van leven wordt verstaan dat alle cliënten volgens een vaste structuur een dagindeling hebben, er veiligheid geboden wordt, er sprake is van sociale contacten en van persoonlijke aandacht. Voor vier cliënten geldt bovendien dat naar buiten gaan en het gebruik maken van maatschappelijke voorzieningen/ uitstapjes bijdraagt aan hun kwaliteit van leven.

De bewegingsvrijheid, participatie en het gebruik maken van voorzieningen zijn in vergelijking met het instellingsterrein minder geworden. Voor één cliënt geldt dat de kwaliteit van leven niet beter maar ook niet slechter geworden is na de verhuizing.

De onderzoekspopulatie van dit deelonderzoek bestond uit vier ouder wordende cliënten die na hun verhuizing als gevolg van het ouder worden en daarbij behorende problematiek niet meer zijn gaan participeren in de samenleving dan zij voor de verhuizing deden. Door ouderdom is bijkomende problematiek ontstaan (bijvoorbeeld dementie) en zijn cliënten uit de onderzochte groep minder mobiel geworden dan voorheen. De cliënt uit dit deelonderzoek met een jongere leeftijd maakt wel gebruik van maatschappelijke voorzieningen. Voor de verhuizing participeerden vier van de vijf cliënten meer omdat zij meer gebruik maakten van de voorzieningen op het instellingsterrein. De mate van participatie neemt ook bij ouderen zonder verstandelijke beperking af, naarmate zij ouder worden.

Alle cliënten zijn afhankelijk van de tijd en de mogelijkheden van de begeleiding/ vrijwilligers en hun sociale netwerk. Door deze afhankelijkheid, een tekort aan vrijwilligers en een beperkte bewegingsvrijheid (verkeersonveiligheid of rolstoelafhankelijkheid) participeren de cliënten minder en maken zij minder gebruik van maatschappelijke voorzieningen dan zij zouden willen.

5. Deelonderzoek 2: Locatie De Gilde, Muntendam

Anneke woont nu vijf jaar op locatie De Gilde in Muntendam. Ze vindt het fijn om er te wonen. Veel rustiger dan op Sintmaheerdt. Ze is iemand die zelf gemakkelijk op stap gaat en contacten maakt. Ze gaat bijvoorbeeld bij de snackbar op bezoek en krijgt er altijd een gratis frikandel. Op zaterdag gaat ze graag kijken bij volleybalwedstrijden in de sporthal. Anneke woonde eerst op Sintmaheerdt, ze vond het daar vaak veel te druk. Vooral het wonen met meerdere mensen in één huis en het hebben van weinig 'eigen' ruimte was moeilijk voor haar. Anneke heeft geen begeleiding nodig op het moment dat ze eropuit wil.

5.1 Locatie De Gilde, Muntendam

In dit deelonderzoek worden de resultaten weergegeven van het onderzoek dat is gedaan naar het netwerk van vijf cliënten die wonen op locatie De Gilde in Muntendam. De Gilde werd in 2009 geopend en bestaat uit seniorenwoningen, een centrum voor dagbesteding en een peuterspeelzaal. Ook het gemeentelijke welzijnswerk is hier gehuisvest. Woonlocatie De Gilde staat vlakbij het centrum van Muntendam, waar alle winkels op loopafstand bereikbaar zijn. Woonlocatie De Gilde bestaat uit 26 studio's waar cliënten met een verstandelijke beperking 24 uur per dag begeleiding kunnen krijgen. De woonlocatie bestaat uit drie blokken. Twee blokken bestaan uit zes studio's met een gezamenlijke woonkamer. Eén blok bestaat uit 14 studio's met een gezamenlijke ontmoetingsruimte.

5.2 Respondenten

Aan dit onderzoek hebben vijf cliënten in de leeftijd tussen de 36 en 70 jaar deelgenomen. Vier cliënten hebben een zeer ernstige verstandelijke beperking en één cliënt heeft een matige verstandelijke beperking. Allen hebben bijkomende problematiek, zoals een auditieve of visuele beperking, hemiplegie, spasticiteit, epilepsie, slechte mobiliteit en rolstoelgebonden zijn. Drie cliënten zijn niet verkeersveilig. Rondom elk van deze vijf cliënten zijn drie direct betrokkenen geïnterviewd. Dit zijn een verwant, een vrijwilliger en een professional (persoonlijk begeleider of activiteitenbegeleider).

Aan de hand van dossieronderzoek en interviews is informatie verzameld over cliënten die verhuisd zijn naar De Gilde in Muntendam. Er is gewerkt met de volgende items: wonen, dagactiviteiten/ vrijwilligerswerk, sociale contacten, vrijetijdsbesteding, bewegingsvrijheid, veiligheid, dagelijks welbevinden, aansluiting en samenwerking en participatie en maatschappelijke voorzieningen. Per item worden de resultaten van de interviews en het dossieronderzoek uitgewerkt in dit hoofdstuk. In de tabel staat een overzicht van de respondenten per cliënt.

Tabel2: Overzicht cliënten Muntendam en respondenten

Naam	Leeftijd	Verwant	Professional	Vrijwilliger
Cliënt 1	36	x	x	x
Cliënt 2	70	x	x	x
Cliënt 3	39	x	x	x
Cliënt 4	67	x	x	x
Cliënt 5	34	x	x	x

5.3 Wonen

Alle cliënten die betrokken zijn bij het onderzoek in Muntendam, hebben voorheen op Sintmaheerdt gewoond. In het begin was er onder de verwanten ontevredenheid over De Gilde. Men vond dat het personeel niet goed op de hoogte was van wat er speelde bij de cliënten en het had volgens de geïnterviewden niet genoeg ervaring met de doelgroep. Inmiddels is deze mening veranderd en is men nu erg blij met het personeel en hoe het er loopt. Opvallend is dat alle cliënten op De Gilde een stuk rustiger zijn geworden in hun gedrag, minder last van spanningen hebben en minder uitbarstingen hebben, dan toen zij op Sintmaheerdt woonden. Dit komt volgens het personeel en de verwanten doordat de groepen kleiner zijn en beter op elkaar afgestemd. Het scheelt volgens hen dat de cliënten een plek hebben waar ze zich kunnen terugtrekken. Deze eigen plek ziet er erg mooi uit en wordt vooral door de verwanten gewaardeerd.

De nieuwe locatie biedt meer privacy, zoals de beschikking over een eigen badkamer en keuken. Dit wordt door de respondenten als positief ervaren. De respondenten van vier cliënten geven aan dat de eigen ruimte om zich terug te kunnen trekken een positieve invloed heeft op de cliënten. Zo vertelt een vrijwilligster over haar cliënt:

“Als ik zie hoe rustig en relaxt ze nu is. Eerder was ze dat ook vaak, maar nu bijna altijd! Als ik nu kijk, met haar eigen appartement waar ze zich wat meer kan afzonderen, dan vind ik haar veel rustiger.”

Bij één cliënt heeft het beschikken over een eigen studio geen meerwaarde volgens de respondenten. Deze cliënt is niet graag alleen, maar slaapt wel alleen in zijn studio. Een ander nadeel van de nieuwe woonvorm is volgens een verwant dat het personeel slecht zicht heeft op de cliënten. Als ze bij een cliënt in de studio zijn, hebben ze geen overzicht wat de andere cliënten aan het doen zijn.

De vrijheid en de zelfstandigheid die de cliënten hadden op het terrein wordt wel gemist. Cliënten konden op Sintmaheerdt zelfstandig rondlopen en bij anderen op de koffie gaan. Cliënten maakten meer gebruik van voorzieningen als het café, het winkeltje en het zwembad op het terrein. De vrijwilligster van een cliënt zegt hierover het volgende:

“Vroeger op het terrein had ze haar fiets, haar driewieler en ging ze echt haar gang. Dinsdag was er soos en fietste ze daar zelf heen. Vrijdag ging ze naar het café. Ze fietste gewoon rond. Ze ging gewoon ergens koffie drinken. Ze stapte gewoon op haar fiets en iedereen kende haar. En dat is denk ik wat ze wel mist. Ze kan niet alleen op pad.”

Iedereen beseft wel dat Sintmaheerdt ook veranderd is, zo is het winkeltje al gesloten. De broer van een cliënt zegt het volgende:

“In het begin waren wij ook heel ongelukkig met de keuze van Muntendam. Dat zegt niks over de inzet van het personeel, maar mijn broer was in Tolbert helemaal ingeburgerd. Hij was daar ook veel buiten. Dat was ook voordat alles daar op de schop ging, dat is ook de reden dat we ingestemd hebben met de verhuizing”.

5.4 Dagactiviteiten en vrijwilligerswerk

Vier cliënten gaan naar de dagbesteding op de locatie. Gedurende de dag krijgen zij activiteiten aangeboden en vervullen zij huishoudelijke taken. Voor de cliënten is het belangrijk dat alles volgens vaste patronen verloopt, om onrust te voorkomen. De vijfde cliënt gaat naar haar werk in de Twinkel in Veendam. In de winkel helpt ze door het aanspreken van de klanten, door haar leeftijd heeft ze verder geen vaste taken meer. Ze vult zelf haar dag verder in met boodschappen doen en soosachtige activiteiten. In het dossier staat hierover dat het een werkomgeving is die past bij het ouder worden van deze cliënt en dat het aansluit bij haar capaciteiten. Ze vindt het belangrijk dat ze “haar ding kan doen”, boodschappen doen, wandelen en mensen in de winkel mag ontvangen.

Eén cliënt kan zelfstandig zijn vaste taken uitvoeren en bijt zich vast in deze terugkomende structuur. In zijn dossier wordt meerdere malen duidelijk aangegeven dat het voor de cliënt erg belangrijk is om dezelfde dagstructuur te hebben. Bij afwijking van de dagstructuur kan hij agressief worden en tegen de muur gaan slaan. De overige cliënten kunnen keuzes maken wat ze op die dag doen. Activiteiten als muziek maken, kralenkettingen maken en wandelen kunnen op het programma staan. Bij het doen van deze activiteiten hebben ze begeleiding en bevestiging nodig.

5.5 Sociale contacten

De cliënten hebben ondersteuning van de professionals nodig als het gaat om het onderhouden van contacten. Hierdoor hebben de begeleiders een belangrijke rol. In het dossier wordt dit als volgt aangegeven:

“B. heeft ondersteuning en begeleiding nodig bij het onderhouden van sociale contacten. Dit wordt gedaan door afspraken te noteren en B. hiervan op de hoogte te stellen.”

Afspraken met familie en vrijwilligers worden door de begeleiders gemaakt, genoteerd en de begeleiders stellen de cliënt op de hoogte. Tijdens de interviews is naar voren gekomen, dat het personeel grote stappen heeft gemaakt in het onderhouden van contact met de vrijwilligers en familie. De familie wordt door de begeleiding op de hoogte gehouden van belangrijke gebeurtenissen rondom de cliënt.

De vrijwilliger van een cliënt zegt daar het volgende over:

“Daar zijn de begeleiders heel erg in gegroeid. Ik vind dat ze het fantastisch doen. Als er nu iets gebeurt dat impact heeft op mijn cliënt, dan word ik gebeld door de begeleiders zodat ik er vanaf weet.”

Drie cliënten hebben een maatje (medecliënt) op de woonvorm. Met hun maatje hebben ze leuk contact en ze trekken zich op aan deze vriendschap. Voor twee cliënten is familie erg belangrijk. Deze twee cliënten komen beiden uit een groot gezin. Ze worden bij alle belangrijke zaken betrokken, zoals bijvoorbeeld de geboorte en het opgroeien van hun nichtjes. Hierbij vervullen ze beiden een echte tante-rol. Voor twee andere cliënten speelt de familie maar een kleine rol. Bij één cliënt is recent een familielid overleden. Daardoor is het enige contact wat deze cliënt nu heeft, het contact met een medecliënt. Aan deze cliënt trekt hij zich op en wanneer zij niet aanwezig is, wordt hij erg verdrietig. De activiteiten begeleider zegt hierover:

“Hij accepteert veel van haar. Hij kijkt naar haar en doet haar na. Bijvoorbeeld als zij haar jas aan doet, dan doet hij dat ook.”

Hij is doof en communiceert slecht. Uit zijn dossier komt naar voren dat hij enkel met één medecliënt een band heeft.

Er zijn twee cliënten die belangrijke vrijwilligers hebben. Deze vrijwilligers zijn al meer dan 12 jaar nauw betrokken bij hun cliënt. De reisafstand is voor deze vrijwilligers na de verhuizing vergroot, maar de vrijwilligers blijven trouw aan hun cliënten. Het aantal bezoeken is wel in frequentie afgenomen, maar de band is nog steeds erg speciaal. Een andere cliënt is graag wat meer op zichzelf. Zij heeft geen vaste vrijwilligers waar ze waarde aan hecht. Daarentegen heeft ze veel oppervlakkige contacten in de wijk die ze zelf regelt, zoals de tuinmannen, mensen in de winkels en mensen bij de bakker. Bij de snackbar kent men haar en krijgt ze weleens wat toegeschoven.

Medecliënten en persoonlijk begeleiders vallen onder de sociale contacten van de cliënten. Twee cliënten hebben regelmatig contact met hun familie en logeren hier ook regelmatig. In het dossier wordt dit ook duidelijk aangegeven, bij één cliënt staat in het dossier:

“Contacten met familie zijn voor haar erg belangrijk. Ze gaat regelmatig naar haar ouders en onderhoudt een goed contact met haar ouders, zussen en andere naasten. De familie komt regelmatig op bezoek voor een kopje koffie.”

De andere drie cliënten zien hun familie niet zo vaak, tot 1 à 2 keer per jaar. Twee cliënten hebben vaste vrijwilligers die ze minstens één keer per maand zien. Deze vrijwilligers zijn al jaren betrokken bij de cliënten en ondernemen leuke dingen met ze. Over de vrijwilliger van een cliënt staat in het dossier:

“Ze gaat samen met haar vrijwilliger kleding kopen en allerlei leuke uitstapjes ondernemen zoals een verjaardag, naar de kapper, een keer uit eten, enz. Dit is een vaste afspraak.”

In het contact met de medecliënten hebben eigenlijk alle cliënten ondersteuning nodig. Ze hebben ze nodig om een gesprek te onderhouden of om ongewenst gedrag bij zichzelf of van de ander te voorkomen.

5.6 Vrijtijdsbesteding

Alle cliënten zijn zelf in staat aan te geven of ze iets wel of niet leuk vinden om te doen. De meeste cliënten moeten wel gestimuleerd worden in het ondernemen van activiteiten. Drie cliënten zullen niet uit zichzelf activiteiten ondernemen.

De ouders van een cliënt zeggen het volgende:

“Uit zichzelf gaat ze niet kleuren of schrijven hoor, maar als je haar zegt: “zet het kopje maar op tafel of pak de boter of koffiemelk”, dan doet ze dat. Je moet haar alleen wel echt opdracht geven.”

Na de dagbesteding is er altijd een momentje van rust en een kopje koffie. Twee cliënten hebben bijna elke avond wel wat te doen, van bijbelclub tot gymnastiek, knutselen en koffiedrinken. Eén cliënt kan zich niet verbaal uitdrukken, maar is wel in staat om aan te geven wat hij leuk vindt en waar hij zin in heeft. Er worden hem verschillende activiteiten aangeboden, zoals muziek luisteren, muziek maken of tv kijken. De persoonlijk begeleider van een cliënt zegt het volgende:

“Als hij op zijn kamer is en hij heeft er genoeg van, dan laat hij zich horen door te roepen. Hij vindt het dan niet leuk meer en dan wil hij weer bij ons in de groep wat actievere dingen doen.”

Twee andere cliënten zijn al op leeftijd, hier wordt rekening mee gehouden. Een andere cliënt doet vaak niet veel. Gewoon erbij zitten en koffie drinken is voor haar al voldoende. Twee cliënten vinden het prettig als zij ondersteuning krijgen bij het invullen van vrije tijd. Uit zichzelf ondernemen ze niks. Activiteiten die ze aangeboden krijgen zijn muziek luisteren en maken, tv kijken en als het lukt wandelen. In het dossier van de eerste cliënt wordt duidelijk aangegeven dat hij activiteiten aangeboden moet krijgen:

“Hij heeft het nodig dat hij een dagprogramma heeft waarin zijn lege momenten goed worden opgevuld, naar zijn hulpvraag op dat moment. Hij kan in zichzelf keren, wanneer hij niet voldoende uitdagingen krijgt vanuit zijn omgeving.”

Eén cliënt onderneemt in zijn vrije tijd weinig en zit rustig op de groep te genieten van alles om hem heen. Een andere cliënt gaat in haar vrije tijd vaak even naar de winkel om boodschappen te doen of folders op te halen. Hierbij maakt ze vaak een praatje met de mensen in de wijk. Over de vrijetijdsbesteding van een andere cliënt wordt het volgende gezegd in het dossier:

“Zij heeft een dagprogramma waarin haar vrije tijd is ingedeeld met activiteiten, als foto’s kijken, muziek luisteren, fietsen, in bad en naar de gym- en bijbelclub.”

Door één cliënt wordt gebruik gemaakt van de manege. Uit het dossier van een andere cliënt komt naar voren dat de cliënt één keer per week gaat zwemmen, maar uit de gehouden interviews blijkt dat dit niet meer zo is.

5.7 Bewegingsvrijheid

Binnenshuis zijn de meeste cliënten vrij om te gaan en staan waar ze willen. Eén cliënt kan dit niet, doordat de cliënt gebonden is aan een rolstoel en deze zelf niet kan verplaatsen. Buitenshuis zijn de cliënten, met uitzondering van één cliënt, allemaal afhankelijk van de begeleiding. Ze kunnen niet zelfstandig naar buiten doordat ze niet verkeersveilig zijn en bijkomende lichamelijke aandoeningen hebben, zoals epilepsie, spasticiteit en hemiplegie. Hierdoor zijn deze cliënten afhankelijk van begeleiding als ze naar buiten willen. De kans op vallen of een epilepsieaanval maakt dat deze cliënten niet vertrouwd zijn in het verkeer. Alle cliënten kunnen wel zelfstandig weg met de taxi. De cliënten kunnen ook zelfstandig door de verschillende groepen op de locatie lopen. In het dossier van één cliënt staat beschreven dat zij mag rondkijken bij de andere groepen:

“Zij heeft behoefte aan sociale contacten. Ze mag graag op andere groepen rondkijken, hiervoor krijgt ze de ruimte.”

Eén van de cliënten kent de weg in het dorp en loopt ook zelfstandig naar de winkels toe voor boodschappen, een ijsje of een frikadel. De route naar de winkel is voor deze cliënt bekend en veilig. Hierover staat in het dossier:

“De cliënt kan zelfstandig naar het dorp lopen, maar verder is ze niet verkeersveilig. Andere plekjes kan ze niet vinden zonder begeleiding. Ze kent de verkeersregels niet en let onvoldoende op andere weggebruikers.”

Evenals bij een andere cliënt, in zijn dossier staat dat hij zelfstandig gaat wandelen. Uit de interviews komt naar voren dat de cliënt dit niet meer zelfstandig kan, hij loopt bijna niet meer.

5.8 Veiligheid

Alle cliënten voelen zich, voor zover de respondenten dat kunnen beoordelen, veilig op de woonvorm. Dit wordt gedacht doordat de cliënten rustiger in hun gedrag zijn dan voorheen. Het personeel voelt goed aan wanneer de cliënten niet op hun gemak zijn. Daarnaast kunnen twee cliënten ook verbaal aangeven dat ze zich niet prettig voelen. Het personeel handelt hier adequaat op. De gelegenheid om zich terug te kunnen trekken op hun eigen kamer biedt sommige cliënten een extra stukje veiligheid en voorkomt uitbarstingen. Er zijn twee cliënten die sterk reageren op harde geluiden van andere groepen. Bij één cliënt kan dit zich uiten in spasmes. De persoonlijk begeleider van deze cliënt zegt hierover:

“Ik denk dat hij zich veilig voelt op de groep. Alleen hebben we nu sinds een jaar een medebewoner bij op de groep die verbaal nogal sterk is en ook mobiel is. Ik denk wel dat de cliënt daar wel heel erg van kan schrikken en daar door meer spasmes heeft, onrustiger is en meer spanning opbouwt.”

De andere cliënt kan verbaal aangeven dat dit haar stoort. Alle vijf cliënten zijn buitenshuis niet zelfstandig omdat ze niet verkeersveilig zijn. Eén cliënt is dusdanig vertrouwd dat ze lopend zelfstandig de wijk in kan. Dit komt doordat de omgeving vertrouwd is en ze weet waar ze veilig kan oversteken, bijvoorbeeld bij een zebrapad.

Uit het dossieronderzoek blijkt dat alle cliënten kwetsbaar zijn en niet weerbaar. Hierdoor hebben ze het nodig dat de begeleiding hun beschermt tegen agressief of ongewenst gedrag van andere cliënten. Hierover staat in het dossier van één cliënt 4 het volgende:

“Hij is niet weerbaar, wanneer hij bijvoorbeeld op zijn hoofd geslagen wordt zal hij hier niks tegen doen. Hij vraagt alertheid en bescherming van de begeleiding op ongewenst gedrag tegen hem.”

Alle cliënten hebben het nodig dat de begeleiding 's nachts de deuren op slot doet, zodat er niemand hun kamer binnen kan komen. Daarnaast hebben twee cliënten een verhoogd risico op vallen waar aandacht aan besteed moet worden. Twee andere cliënten hebben epilepsie waardoor het nodig is dat het personeel op de hoogte is van het protocol om hun te helpen wanneer zij een aanval krijgen.

5.9 Dagelijks welbevinden

De respondenten van alle cliënten geven aan dat de cliënten, naar hun weten, voldoening halen uit de dagactiviteiten. Het personeel kan duidelijk zien wanneer de cliënten gelukkig zijn. Ze vertellen dit te kunnen zien aan veranderingen in gedrag, uitdrukkingen en spanning. Het personeel reageert hier goed op en weet hoe ze de cliënten weer tevreden kunnen stellen.

Op De Gilde wordt gewerkt met een droombord. Hierop worden alle wensen van de cliënten genoteerd. Er wordt gekeken of deze wensen waargemaakt kunnen worden, wat weer bijdraagt aan de tevredenheid van de cliënten. Drie cliënten hebben veel activiteiten en halen hier ook hun voldoening uit. Deze cliënten kunnen ook duidelijk aangeven wanneer ze tevreden zijn. De andere twee cliënten kunnen zelf niet duidelijk aangeven of ze gelukkig zijn en hoe dit kan verbeteren. Het is aan het personeel om dit te observeren, door lichamelijke uitingen van de cliënt. Nu na vijf jaar worden de cliënten goed begrepen door het personeel. Dit begrip draagt bij aan de tevredenheid van de cliënten en verwanten. Voor één cliënt is dit begrip van het personeel erg belangrijk. Wanneer zij zich niet begrepen voelt kan zij agressief worden. Bij een andere cliënt kunnen zowel de verwanten als het personeel niet goed aangeven of hij gelukkig is en wat hem nog gelukkig zou kunnen maken. Door sterke fysieke achteruitgang is het lastig om hem activiteiten aan te bieden.

Voor één cliënt geldt dat hij door kleine dingen erg gelukkig gemaakt kan worden. De persoonlijk begeleider vertelde het volgende:

“Hij reageert als je binnenkomt en hij geniet als je een praatje met hem maakt. En tijdens de verzorging als je net wat meer aandacht voor hem hebt en net wat meer kan doen, dan zie je dat hij daar heel erg van geniet. Bijvoorbeeld met douchen of in bad gaan. Het zijn de hele kleine dingen waar je hem blij mee maakt en dat zie je wel aan hem.”

Dit geldt ook voor de andere cliënten, maar drie van de cliënten hebben naast wat extra aandacht ook uitdaging en activiteiten nodig om tevreden te zijn.

Het welbevinden van de cliënten wordt beïnvloed door regelmaat en bekendheid. Het is belangrijk dat ze begrepen worden door de begeleiding. Vooral uit het dossier van één cliënt komt dit duidelijk naar voren. Hierin staat onder andere:

“Het is belangrijk voor hem dat er vaste begeleiding op de groep staat, die zijn manier van communicatie begrijpt.”

Voor één cliënt zijn de wekelijkse activiteiten die ze onderneemt, als koffie drinken, uit logeren en de gymclub van belang voor het welbevinden. Een andere cliënt is tevreden wanneer zij rond kan lopen in de wijk en zelfstandig boodschappen kan doen.

5.10 Aansluiting bij maatschappelijke voorzieningen en samenwerking

Uit de interviews is gebleken dat alle cliënten gebruik maken van maatschappelijke voorzieningen. Dit is wel in verschillende mate. Drie cliënten maken actief gebruik van maatschappelijke voorzieningen als maneges, gymclubs, snackbars, kappers, restaurants en winkels in het dorp. De andere twee cliënten gaan alleen onder begeleiding boodschappen doen. Hun beperkingen laten het niet toe om meer gebruik te maken van maatschappelijke voorzieningen.

Eén cliënt kan zelfstandig de wijk in. In haar dossier staat dit ook vermeld:

“In het dorp gaat ze alleen naar de winkel voor een boodschap, omdat ze de route uit haar hoofd kent.”

Eén cliënt maakt het meest gebruik van maatschappelijke voorzieningen, dit kan doordat zij een vaste vrijwilliger heeft en verwanten die veel met haar ondernemen. In het dossier wordt aangegeven dat ze hier niet zelfstandig naar toe kan:

“Ze kan niet zelfstandig gebruik maken van maatschappelijke voorzieningen. De begeleiding neemt haar op vrijdag mee naar de gymclub. De vrijwilliger neemt haar onder andere mee uit winkelen en naar de kapper.”

De laatste cliënt maakt bijna geen gebruik van maatschappelijke voorzieningen, hij komt weinig in de wijk.

5.11 Faciliteren/stimuleren van participatie in de wijk

Alle cliënten participeren op een andere manier en in verschillende mate. Dit hangt samen met de verschillende niveaus van de beperkingen, verschillen in vraag en behoefte en verschillende vormen van autisme. De cliënten worden over het algemeen herkend door de mensen in de wijk en begroet. De Gilde is ook bezig om mensen uit de wijk naar binnen te

halen zodat de buurt kennis kan maken met de cliënten. Hier is voor gekozen omdat de cliënten zich veiliger voelen in hun eigen woonvorm. Een belangrijke voorwaarde voor participatie van een cliënt is een vrijwilliger. De meeste cliënten kunnen niet zelfstandig iets ondernemen.

De Gilde is druk bezig met het werven van vrijwilligers. Hierbij maken lichamelijke aandoeningen van cliënten of bv. epilepsie het lastig om geschikte vrijwilligers te vinden. Wanneer de vrijwilliger alleen met de cliënt ergens naartoe wil, moet deze wel weten wat er kan gebeuren en hoe ze moet handelen.

Eén cliënt participeert zoals eerder aangegeven zelfstandig. Dit doet ze door zelfstandig de wijk in te gaan en een praatje te maken met de mensen die ze tegenkomt. Ze gaat graag naar de drogist, naar de bakker voor een ijsje en naar de snackbar voor een frikadel.

Daarnaast spreekt ze mensen op straat aan om een kijkje te nemen in de winkel waar ze werkt. In de winkel maakt ze het eerste contact met de klanten. Eén cliënt participeert vrijwel niet. Hij heeft een vorm van autisme en lijkt geen behoefte te hebben aan participatie. Daarnaast is deze cliënt doof en daardoor is de communicatie lastig.

Doordat cliënten alleen onder begeleiding naar buiten gaan en contacten in de wijk bestaan uit begroetingen, wordt dit aangeduid als passieve participatie. Door verwanten wordt veelal aangegeven dat dit ook voldoende is. Uit de interviews komt naar voren dat professionals hier anders over denken. Zij verstaan onder participatie een veel actievere vorm van integratie.

Drie cliënten worden gestimuleerd door vrijwilligers om te participeren. Deze vrijwilligers nemen de cliënten mee naar buiten, de wijk in. De enige cliënt die zelfstandig participeert doet dit voor een groot deel op haar werk. Hier ontmoet ze klanten en ze gaat in het centrum boodschappen doen. Door meerdere beperkingen als doofheid en autisme participeert één cliënt bijna niet. Hij kan slecht tegen veranderingen en er wordt dus weinig gedaan om hem de wijk in te krijgen. Ook is communicatie met hem bijna niet mogelijk, wat het participeren bemoeilijkt. In het dossier staat hierover het volgende geschreven:

“Door de auditieve beperkingen in combinatie met zijn verstandelijke beperking zijn de mogelijkheden om te communiceren minimaal. Het contact is beperkt en slechts functioneel van aard.”

Twee cliënten maken wel gebruik van maatschappelijke voorzieningen als de gymnastiekclub en de bijbelclub. De begeleiding gaat hier dan met ze naar toe. Tijdens de dagbehandeling worden de cliënten vaak meegenomen de wijk in voor een boodschap, hiermee wordt de participatie gestimuleerd.

5.12 Conclusie deelonderzoek 2

Voor de kwaliteit van leven heeft het kleinschalig wonen in Muntendam een positieve invloed op het leven van de cliënten. Door professionals, vrijwilligers en verwanten wordt verteld dat zij een positieve verandering in het gedrag van de cliënt waarnemen. De cliënten bouwen minder spanning op en dit leidt tot minder situaties met negatief gedrag.

Bijna alle cliënten hebben familieleden, vrijwilligers of professionals nodig om te kunnen participeren in de samenleving. Door de mate van hun beperkingen is het niet mogelijk om dit zelfstandig te doen. Verkeersonveiligheid is een beperkende factor om zelfstandig in de wijk te participeren/ zich buitenshuis te bewegen. De professionals spelen een grote rol bij het participatieproces van de cliënten. Ze onderhouden de contacten van de cliënten en maken afspraken. Wat opvalt is dat de professional steeds minder tijd heeft om dit soort zaken voor een cliënt te doen. Ze hebben daarnaast ook weinig tijd om met de cliënten naar buiten te gaan. Om naar buiten te gaan zouden vrijwilligers ingezet kunnen worden, want niet elke cliënt heeft een vrijwilliger. Dit gegeven maakt dat sommige cliënten minder participeren, dan ze zouden kunnen of zouden willen. Uit deze constatering kan worden afgeleid dat het kleinschalig wonen voor een aantal cliënten geen meerwaarde heeft voor de mate waarin zij participeren in de maatschappij.

De informatie uit de dossiers kwam niet altijd overeen met de informatie die uit de interviews voortkwam. Bijvoorbeeld een dossier van een cliënte waar over zwemactiviteiten gesproken werd, maar waarbij als gevolg van afnemende mobiliteit dit niet meer het geval was. Bij een andere cliënt stond in het dossier dat hij zelfstandig naar buiten kon, maar dit bleek niet meer het geval te zijn.

Professionals geven aan dat zij soms meer voor een cliënt zouden willen doen dan zij in de praktijk kunnen waar maken. Zij zouden de beschikbaarheid van meer vrijwilligers om activiteiten doen met cliënten wenselijk vinden. Zij geven aan dat zij zelf beperkt of geen tijd hebben om vrijwilligers te werven.

Uit dit onderzoek komt verder naar voren dat verwanten positief zijn over de mate waarin hun cliënte participeert in de samenleving en dat professionals vinden dat dit beter kan, omdat zij een actievere vorm van participatie beogen.

6. Deelonderzoek 3: Locaties 't Roer & Appingedam

Henk woonde eerst op Sintmaheerdt. Hij woonde daar in een huis met negen andere cliënten. De disco en het café op het terrein vond hij erg leuk. Dit mist hij nu wel. Maar hij is vooral erg blij dat hij verhuisd is naar 't Roer in Groningen. Hij is trots op zijn eigen koffiezetapparaat, de keuken en de douche. Hij voelt zich gelukkig op deze plek. Henk heeft veel geleerd sinds hij op 't Roer woont. Hij kan nu zelfstandig fietsen naar zijn werk. Dit heeft hij eerst regelmatig met de begeleiders geoefend. Henk kan niet zelfstandig naar het winkelcentrum, daarvoor is de straat die hij moet oversteken te druk.

6.1 Locatie 't Roer in Groningen en locatie Appingedam

In dit deelonderzoek worden de resultaten weergegeven van het onderzoek dat gedaan is naar het netwerk van vijf cliënten van de locaties 't Roer en Appingedam; twee cliënten wonen op locatie 't Roer in Groningen en drie cliënten wonen op de locatie Appingedam. Woonlocatie 't Roer bestaat uit 30 appartementen waarbij elke bewoner beschikt over een eigen woonkamer, slaapkamer, badkamer en keuken. Afhankelijk van de zorgvraag sluit de cliënt aan bij een kleinschalige huiskamer of bij een ontmoetingsruimte. Locatie 't Roer staat in de wijk Lewenborg in Groningen. De cliënten die hier wonen zijn allemaal volwassen en hun leeftijd varieert van 20 tot 80 jaar. Overdag gaan de cliënten naar dagbesteding. De meeste cliënten gaan naar een externe dagbesteding. Een aantal cliënten sluit aan bij de interne dagbesteding.

De locatie Appingedam bestaat uit 48 appartementen, waar circa 48 cliënten gehuisvest worden, verspreid over twee flats. In de flats zijn verschillende vormen van zorg mogelijk, variërend van ondersteunende begeleiding tot intensieve zorg.

6.2 Respondenten

Aan dit onderzoek hebben vijf cliënten in de leeftijd tussen de 40 en 83 jaar deelgenomen. Drie cliënten hebben een ernstige verstandelijke beperking, één cliënt heeft een matige beperking en een cliënt heeft een lichte verstandelijke beperking.

Rondom elke cliënt zijn drie interviews afgenomen met mensen die het netwerk van de cliënt vormen. Dit zijn familie of verwanten (vanaf hier verwanten genoemd), professionals (persoonlijk begeleider of activiteitenbegeleider) en vrijwilligers. Eén cliënt had geen betrokken verwanten daarom werd er in plaats van een verwant een persoonlijk begeleider en een activiteitenbegeleider geïnterviewd.

De uitkomsten van zowel het interview als de dossieronderzoeken worden verwerkt in samenvattingen per item. Per item zal steeds eerst de samenvatting van de interviews

worden gegeven, aansluitend volgt aanvulling vanuit het dossieronderzoek. De items staan voor de negen participatiedomeinen van Kwekkeboom en van Weert (2008).

Tabel 3: Overzicht cliënten 't Roer (2) en Appingedam (3)

Naam	Leeftijd	Verwant	Professional	Vrijwilliger
Cliënt 1	40	x	x	x
Cliënt 2	78	-	xx	x
Cliënt 3	83	x	x	x
Cliënt 4	79	x	x	x
Cliënt 5	48	x	x	x

6.3 Wonen

Door alle respondenten wordt voor de cliënten benoemd dat zij het naar de zin hebben en dat het hebben van een eigen appartement als een voordeel wordt gezien. Eén respondent ziet de verhuizing meer als een politieke keuze, terwijl een andere respondent zegt:

“Ik vond het ook wel een vooruitgang hoor, dat de cliënt daar ging wonen.”

Twee respondenten zien niet alleen maar de voordelen van het eigen appartement maar ervaren ook dat de cliënt meer alleen is en minder aanspraak heeft. Voorheen hadden de cliënten alleen een eigen slaapkamer en brachten veel tijd door in de gemeenschappelijke ruimte. Naast het eigen appartement is er ook nu de mogelijkheid om met meerdere cliënten in de ontmoetingsruimte of huiskamer te zijn.

Twee respondenten benoemen dat de cliënt hoofdzakelijk binnen de woonlocatie verblijft en zelfstandig weinig kan ondernemen. Het instellingsterrein had veel meer een dorpskarakter. De cliënt kon zelfstandig het ‘dorp’ in lopen en kende veel mensen, wat nu niet meer aan de orde is. Het wordt als beperkend ervaren dat de cliënten niet meer zelfstandig naar buiten kunnen. Uit twee interviews kwam naar voren dat het wonen in de wijk beperkend is omdat de cliënten niet verkeersveilig zijn. De hoogbouw geeft voor één cliënt een beperking, omdat de cliënt niet zelfstandig de lift kan bedienen. Het instellingsterrein was bekend en werd als prettig ervaren om te wonen. Een respondent zegt hierover:

“Het appartement wat ze nu heeft had ik mee moeten nemen en daar neer willen zetten.”

Uit de dossiers blijkt dat alle vijf cliënten zijn verhuisd van Sintmaheerdt of Wagenborgen naar een locatie in de wijk in Groningen ('t Roer) of naar de locatie in Appingedam. In één ondersteuningsplan staat vermeld dat de cliënt zich tevreden en geborgen voelt en met plezier in het appartement woont.

6.4 Dagactiviteiten en vrijwilligerswerk

Uit de interviews blijkt dat alle cliënten vier of vijf dagen per week naar dagbesteding gaan. Drie cliënten gaan naar de interne dagbesteding en twee cliënten gaan naar externe dagbesteding, georganiseerd door De Zijlen. Deze twee cliënten gaan zelfstandig naar hun werk. De interne dagbesteding is opgezet als huiskamerproject, hier worden activiteiten op maat aangeboden in een kleine groep. Bij vier cliënten is genoemd dat zij de dagbesteding als prettig ervaren. Bij één cliënt is genoemd dat de cliënt de dagbesteding wisselend ervaart, de oorzaak hiervan is het concentratievermogen van de cliënt. De indruk dat cliënten de dagbesteding als prettig ervaren, blijkt uit: mee willen doen, vertellen over dagbesteding, een onrustige cliënt vertoont rustig gedrag, goed contact met activiteitenbegeleiders, afname in grensoverschrijdend gedrag en veel energie kwijt kunnen. Respondent:

“Hij kan er ook heel veel energie kwijt, de mensen die daar werken, met hem werken, daar heeft hij ook heel veel vertrouwen, hij heeft gewoon heel veel passie voor wat hij daar doet en mag doen.”

Ook uit het dossieronderzoek komt naar voren dat alle cliënten maken gebruik van dagbesteding. Twee cliënten maken acht dagdelen gebruik van externe dagbesteding. Drie cliënten maken tien dagdelen gebruik van dagbesteding binnen de woonlocatie. Alle vormen van dagbesteding, zowel intern als extern, worden geboden door De Zijlen. Voor drie cliënten is de ondersteuningsvraag gericht op een prikkelarme, rustige werkomgeving met duidelijkheid in activiteiten en/of afbakening van werkzaamheden.

6.5 Sociale contacten

Uit de interviews en het dossieronderzoek blijkt dat er verschillen zijn tussen de sociale contacten die cliënten hebben. Volgens één respondent zijn na de verhuizing de sociale contacten van de cliënt verminderd. Vier cliënten hebben voornamelijk contact met de begeleiding en medecliënten. Eén van deze cliënten gaat tevens één keer per maand op bezoek bij familie. Een andere cliënt heeft wekelijks telefonisch contact met familie en gaat in het weekend op bezoek.

Bij één cliënt zijn er contacten via de kerk en een andere cliënt heeft sociale contacten bij een kerkclubje binnen de woonlocatie. Eén cliënt heeft contacten bij verschillende clubjes en gaat naar verjaardagen of feestjes of naar de stad als daar iets georganiseerd wordt. Alle respondenten vertellen dat de cliënten zelf aangeven dat zij de contacten als plezierig ervaren. Voor de respondenten blijkt dit uit minder grensoverschrijdend gedrag. Bij twee cliënten is door twee respondenten specifiek benoemd dat de cliënt niet de indruk geeft sociale contacten te missen. Respondent:

“De behoefte aan contact wordt ook minder groot hoor, ook dat is aan de orde”.

Een andere respondent vertelt:

“De praktische mogelijkheden zijn veel beperkter en de rest, de wereld buiten haar is nou ook veel minder groot.”

over haar cliënt die ouder wordt.

Er worden verschillende redenen genoemd die belemmerend kunnen werken. Deze hebben veelal te maken met ouder worden en het (grensoverschrijdend) gedrag van de cliënt.

“De cliënt kan niet zomaar de deur uit gaan en contacten maken, daar heeft ze echt begeleiding bij nodig, dan lukt het wel” (citaat interview met verwant van een cliënt).

Vier cliënten hebben een vrijwilliger, er is hierbij wekelijks of maandelijks contact. Twee cliënten doen vooral interne activiteiten en twee cliënten hebben ook externe activiteiten met hun vrijwilliger. Eén cliënt heeft zelf een verzoek ingediend voor een Buddy en heeft hiermee een vriendschappelijke relatie opgebouwd.

“Er moet een bepaalde klik zijn, je moet voor jezelf als vrijwilliger ook het gevoel hebben dat het van toegevoegde waarde is dat wat je doet, zodat de ander het fijn vindt dat je regelmatig op bezoek komt maar dat dit ook jezelf een stuk voldoening geeft.”

Vier cliënten vragen in meer of mindere mate ondersteuning. Bij één cliënt moeten de begeleiders en vrijwilligers alles overnemen als het gaat om het aangaan en onderhouden van sociale contacten. Voor drie cliënten bestaan de sociale contacten uit contacten met familie, vrijwilligers, medecliënten van wonen en/of dagbesteding en de begeleiding. Voor twee cliënten zijn er alleen contacten met medecliënten en de begeleiding. Voor twee cliënten zijn alle genoemde contacten belangrijk voor de cliënt, bij één cliënt wordt naast de begeleiding de wettelijk vertegenwoordiger als een belangrijk contact genoemd en bij één cliënt is beschreven dat naast de begeleiding de vriendin (medecliënt) gezien wordt als een belangrijk contact.

6.6 Vrijtijdsbesteding

Alle cliënten hebben enige vorm van vrijetijdsbesteding. Door de respondenten worden verschillende aspecten met betrekking tot vrijetijdsbesteding benoemd: één cliënt vindt vrijetijdsbesteding maar korte tijd leuk in verband met een slecht concentratievermogen, een andere cliënt vindt activiteiten en uitjes leuk zolang het geen verplichting is. Twee respondenten benoemen dat hun cliënten plezier hebben in de vrijetijdsbesteding. Eén cliënt ervaart gezamenlijke vrijetijdsbesteding als prettig. Een andere cliënt komt

ontspannen terug van de vrijetijdsbesteding, maar ervaart stress wanneer de vrijetijdsbesteding als onprettig wordt ervaren.

Eén cliënt vraagt om ondersteuning bij het invullen van de vrije tijd. Een andere cliënt heeft ondersteuning nodig bij het maken van keuzes en het inzichtelijk maken van zijn activiteiten. Voor één cliënt is de directe nabijheid van een begeleider belangrijk. De respondenten uit het netwerk van drie cliënten vinden de vrijetijdsbesteding voldoende voor hun cliënt, omdat deze al een hogere leeftijd hebben. Eén respondent vertelt over zijn cliënt dat deze bewust zelf een verzoek ingediend heeft voor een vrijwilliger en zegt hierover:

“Hij heeft zelf een verzoek ingediend dat hij graag een buddy wil. Dat is het moment geweest waarop ik vanuit Best Buddy’s bij hem ben gekomen. Hij wou heel graag een vriendschap opbouwen en activiteiten buiten doen.”

Uit het dossieronderzoek blijkt eveneens dat alle cliënten enige vorm van vrijetijdsbesteding hebben. Vier cliënten maken gebruik van zowel interne als externe vrijetijdsbesteding, één cliënt maakt alleen gebruik van interne vrijetijdsbesteding. Bij vier cliënten bestaat de ondersteuning uit stimuleren om deel te nemen aan activiteiten. Eén van de cliënten gaat met zijn maatje (vrijwilliger) naar de bioscoop of een eindje rijden met de auto. Wanneer er sprake is van externe vrijetijdsbesteding zijn twee cliënten hierbij afhankelijk van ondersteuning door begeleiding of een vrijwilliger. Eén cliënt vraagt alleen ondersteuning als het gaat om een onbekende situatie of wanneer de route niet bekend is.

6.7 Bewegingsvrijheid

Alle respondenten hebben de indruk dat hun cliënt tevreden is met de mate van bewegingsvrijheid. De bewegingsvrijheid van twee cliënten is volgens twee respondenten sinds de verhuizing beperkter geworden. Eén van de respondenten zegt hierover:

“Dat waren ze op Groot Bronswijk ook niet gewend, dat was een beschermde woonomgeving waar zij waren. En daar hielden ze rekening mee als ze daar het terrein op liepen.”

Binnenshuis kunnen alle vijf de cliënten zich vrij bewegen, al levert de lift voor één cliënt een beperking op. De cliënt is hierbij afhankelijk van de begeleiding in het bedienen van de lift. Twee cliënten kunnen zelfstandig naar de dagbesteding, de respondent van één van de cliënten zegt hierover:

“Op het moment dat hij zelfstandig iets doet, bijvoorbeeld op de fiets naar zijn werk dan kent hij de route, dan weet hij wat hij kan doen en dat is veilig.”

De bewegingsvrijheid voor één cliënt is bevorderd door de cliënt gebruik te laten maken van de interne dagbesteding op een andere etage. Eén cliënt ervaart vooral bewegingsvrijheid door even uit een activiteit te kunnen lopen.

Uit het dossier blijkt dat drie cliënten afhankelijk zijn van ondersteuning van de begeleider of een vrijwilliger bij externe activiteiten. Twee cliënten zijn hiervan alleen afhankelijk wanneer het gaat om een onbekende situatie of wanneer de route niet bekend is. Bij vier cliënten staat beschreven dat de cliënt intern zelfstandig kan gaan en staan waar hij/zij dit wil. Vier cliënten zijn buitenshuis afhankelijk van ondersteuning door de begeleider of vrijwilliger. Twee cliënten kunnen zelfstandig met de taxi naar de club en/of op familiebezoek. Voor het regelen van de taxi is ondersteuning nodig. Eén cliënt kan in een voor de cliënt bekende situatie en bekende route zelfstandig naar de winkel of pinautomaat.

6.8 Veiligheid

Alle respondenten hebben de indruk dat de cliënten zich veilig voelen binnen de woonlocatie. Voor de één biedt het over een eigen appartement beschikken deze veiligheid, voor de ander bestaat dit vooral uit de nabijheid van begeleiding. Een respondent zegt hierover het volgende:

“Veiligheid bestaat voor haar bestaat uit het feit dat ze zich terug kan trekken op haar eigen kamer als ze dat wil en ze weet dat er mensen zijn waar ze terecht kan als ze iets nodig heeft.”

Bekende mensen om zich heen draagt voor één cliënt bij aan het zich veilig voelen. Volgens één respondent is één cliënt heel gemakkelijk en heel vrij.

“Ook in contacten met andere mensen, daar schuilt soms best wel gevaar in vooral op die leeftijd, als vrouw.”

Drie respondenten geven aan dat de cliënt niet bekend is met verkeersregels en geen inzicht heeft in het verkeer, twee cliënten kennen de verkeerssituaties op de voor hen bekende route. De respondenten van twee cliënten merken aan het gedrag van de cliënt wanneer zij zich veilig voelen bijvoorbeeld omdat de cliënt rustig is. Vijf respondenten van twee cliënten vertellen dat de cliënt bang is om alleen weg te gaan.

In drie ondersteuningsplannen staat beschreven dat de cliënt niet bekend is met de verkeersregels en geen inzicht heeft in het verkeer, twee cliënten kennen de verkeerssituaties op de voor hen bekende route. De directe nabijheid van begeleiding geeft drie cliënten een gevoel van veiligheid, waarvan één cliënt behoefte heeft aan een eigen vertrouwde omgeving.

6.9 Dagelijks welbevinden

Alle respondenten hebben de indruk dat de cliënten het eigen appartement, waarin zij zich terug kunnen trekken als plezierig ervaren. Tevredenheid dan wel het gelukkig zijn, is volgens de respondenten te merken aan het gedrag van de cliënt. Het aanwezig zijn van begeleiding in de directe nabijheid biedt alle cliënten rust en geeft een gevoel van veiligheid. Daarbij draagt het bieden van structuur, duidelijkheid en overzichtelijkheid voor drie cliënten bij aan het dagelijks welbevinden. Ook een bepaalde mate van bewegingsvrijheid en zelfstandigheid tijdens de ADL, wat per cliënt verschillend is, draagt bij aan het dagelijks welbevinden.

Eén cliënt ervaart eigenwaarde door zelfstandig te kunnen pinnen, voor een andere cliënt bestaat dit uit de krant ophalen en koffie drinken op een andere etage.

Alle cliënten ervaren volgens de respondenten de dagbesteding als plezierig. Er is in alle gevallen samen met de cliënt gekeken welke dagbesteding het best bij de betreffende cliënt past. Drie cliënten hebben dagbesteding op de woonlocatie, dit geeft de cliënten de gelegenheid om het wat rustiger aan te doen.

“Tussen de middag kan de cliënt nu naar bed wat bijdraagt aan zijn dagelijks welbevinden omdat hij zich plezieriger voelt.” Er wordt rekening gehouden met de hoge leeftijd van drie cliënten, hij mag ook genieten van zijn oude dag.”

De mogelijkheid om keuzes te maken in het al dan niet meedoen aan activiteiten wordt door alle cliënten als prettig ervaren. Twee cliënten ervaren welbevinden door de contacten die er zijn met familie en vrijwilliger. Eén cliënt ervaart waardering van zijn familie wat een positief effect heeft op de cliënt.

In vier ondersteuningsplannen is beschreven dat de cliënt kan kiezen uit de activiteiten die hij/zij wil doen op het werk/dagbesteding. Eén cliënt ervaart het werk als zinvol door taken zelfstandig uit te voeren. In alle ondersteuningsplannen worden verschillende problemen beschreven die van invloed kunnen zijn op relaties of die het dagelijks welbevinden kunnen beïnvloeden. De problemen die genoemd worden zijn: aansluiting bij de belevingswereld (één cliënt), (grensoverschrijdend) gedrag (drie cliënten), ernstige verstandelijke beperking (één cliënt), verlies van zowel korte- als langetermijngeheugen (één cliënt), sneller vermoeid zijn door de hoge leeftijd (één cliënt), inlevingsvermogen en gevoelens tonen (één cliënt), moeizaam verlopende communicatie in verband met moeilijk verstaanbaar zijn (twee cliënten) en daarbij heeft één van deze cliënten ook een auditieve beperking. Vier cliënten krijgen dagelijks ondersteuning bij de ADL, één cliënt is volledig ADL zelfstandig. De financiën worden voor drie cliënten geregeld door een bewindvoerder of wettelijk vertegenwoordiger, één cliënt vraagt ondersteuning bij zijn financiën van de begeleiding.

Drie cliënten krijgen zakgeld dat naar eigen inzicht besteed mag worden. Eén cliënt heeft het beheer over een eigen pinpas. Er zijn verschillende factoren die als stressbevorderend zijn genoemd: betutteling (twee cliënten), verandering van structuur in het dagritme (drie cliënten), drukte en teveel prikkels (twee cliënten), een dwingende houding van

medewerkers, het niet serieus genomen worden, verkeerd begrepen worden en iets moeten doen wat de cliënt niet wil (één cliënt), ruzie, negatieve interactie en negatieve opmerkingen door medecliënten (twee cliënten).

6.10 Aansluiting bij maatschappelijke voorzieningen en samenwerking

Alle respondenten hebben de indruk dat de cliënt tevreden is over de mate van participatie, die zich veelal afspeelt binnen of nabij de locatie. Alle cliënten maken gebruik van de winkels in de wijk of stad voor het doen van hun wekelijkse boodschappen en het kopen van kleding. Alle cliënten nemen deel aan activiteiten die georganiseerd worden in de wijk/ stad zoals bijvoorbeeld de 'Damsterdag'. Het gaat hierbij meestal om een gezamenlijk uitstapje met meerdere cliënten met ondersteuning van een begeleider en/ of vrijwilliger. Er is één cliënt die ook gebruik maakt van andere externe activiteiten die worden geboden door De Zijlen. Twee cliënten gaan regelmatig op bezoek bij familie. Twee cliënten hebben een persoonlijke vrijwilliger(s) waar ze regelmatig bezoek van krijgen en activiteiten mee ondernemen. Twee cliënten gaan soms op vakantie. Eén respondent zegt het volgende over integratie:

"Van integratie is volgens mij geen sprake".

In het geval van de betreffende cliënt ervaart de respondent het als een slecht voorbeeld, als het wel het streven is om gehandicapten deel te laten nemen in de maatschappij. In twee gevallen geven de respondenten aan dat de hoge leeftijd van de cliënt misschien ook een rol speelt in het minder participeren in de samenleving.

Uit het dossieronderzoek blijkt eveneens dat alle cliënten maken gebruik van winkels. Bij één cliënt staat in het ondersteuningsplan dat hij dagelijks naar de ontmoetingsruimte gaat van de woonlocatie, deze cliënt bezoekt soms met zijn vrijwilliger de bioscoop. Eén cliënt maakt gebruik van meerdere externe voorzieningen zoals een muziekclubje, de kegelclub en het zwembad. Drie cliënten vragen ondersteuning bij het boodschappen doen, één cliënt vraagt ondersteuning door persoonlijke begeleiding om deel te kunnen nemen aan het maatschappelijk leven.

6.11 Faciliteren/ stimuleren van participatie in de wijk

Alle vijf cliënten worden betrokken bij activiteiten in de wijk, dit wordt gedaan door hen over de activiteiten te vertellen en te vragen of zij mee gaan. Er is altijd begeleiding en/ of een vrijwilliger aanwezig, waarbij de opmerking gemaakt is dat er niet altijd voldoende tijd is om met de cliënt mee te gaan. De cliënten zijn in principe vrij om deel te nemen aan de activiteiten. Eén cliënt wordt gestimuleerd door uit te leggen wat er gaat gebeuren, soms wordt hierbij gebruik gemaakt van plaatjes. Twee cliënten worden niet gestimuleerd om mee te doen aan activiteiten, de cliënten worden echter wel meegevraagd als er een activiteit plaatsvindt. Participatie in de wijk bestaat voor deze cliënten voornamelijk uit het

doen van boodschappen in de wijk met ondersteuning van een begeleider of vrijwilliger. Twee cliënten gaan regelmatig op familiebezoek, er wordt dan een taxi voor deze cliënten geregeld. Eén respondent vindt dat de cliënt te weinig buiten komt, als reden wordt de werkdruk genoemd. Eén respondent denkt dat de cliënt wel wordt gestimuleerd om te participeren in de wijk maar zegt:

“De cliënt heeft daar geen behoefte aan, zo is de cliënt opgevoed.”

Alle vijf cliënten worden door de begeleiding gestimuleerd om deel te nemen aan activiteiten buiten de woonlocatie. Drie cliënten krijgen ondersteuning door middel van begeleiding. Deze cliënten kunnen zich niet zelfstandig buiten de woonlocatie begeven. Bij twee cliënten wordt de begeleiding, maatje of familie ingezet bij het participeren.

6.12 Conclusie deelonderzoek 3

Uit dit onderzoek blijkt dat de kwaliteit van leven van de cliënten die wonen op de locaties in Appingedam en 't Roer in Groningen positief gekwalificeerd wordt. De cliënten maken een gelukkige en tevreden indruk. De keuzevrijheid in dagbesteding/ vrijetijdsbesteding en het eigen appartement worden als plezierig ervaren, wat bijdraagt aan kwaliteit van leven. Het hebben van een eigen appartement biedt meer privacy, maar er worden ook nadelen benoemd. In sommige gevallen wordt het eigen appartement ook als beperkend ervaren, omdat de cliënt meer alleen is en minder aanspraak heeft. Het leidt daardoor ook tot eenzaamheid voor enkele cliënten. Tevens wordt de hoogbouw als beperkend ervaren, omdat de cliënt niet meer zelfstandig naar buiten of beneden kan.

Uit het onderzoek komt tevens naar voren dat de cliënt keuzevrijheid heeft in dagbesteding, vrijetijdsbesteding en om gebruik te maken van de gezamenlijke ruimte dan wel zich terug te trekken in het eigen appartement. Zowel de interne als de externe dagbesteding en vrijetijdsbesteding worden geboden door De Zijlen. De sociale contacten zijn gering maar de contacten die er zijn worden als prettig ervaren en hebben geen negatieve invloed op de kwaliteit van leven. De sociale contacten van de cliënten bestaan vooral uit contacten met familie, begeleiders, vrijwilligers en medecliënten. Er worden verschillende factoren genoemd die een belemmerende werking kunnen hebben bij het aangaan van sociale contacten. Deze hebben veelal te maken met het (grensoverschrijdend) gedrag van de cliënt. Hierbij kan de nabijheid van medewerkers een gevoel van rust en veiligheid geven aan de cliënt, dit draagt ook bij aan het bevorderen van deelname aan reguliere voorzieningen. Op het instellingsterrein werd meer bewegingsvrijheid ervaren ten opzichte van de huidige woonlocatie in de wijk. Het onbekend zijn met verkeersregels en geen inzicht hebben in verkeerssituaties, maakt dat er nu sprake is van minder bewegingsvrijheid. De bewegingsvrijheid binnen de woonlocatie wordt overigens wel als positief ervaren en cliënten voelen zich veilig. De nabijheid van de begeleiding speelt hierbij een belangrijke rol.

Alle cliënten participeren door gebruik te maken van winkels en door deel te nemen aan activiteiten/festiviteiten die georganiseerd worden in de wijk. Enkele cliënten participeren met ondersteuning van een vrijwilliger door gebruik te maken van reguliere voorzieningen. Bij participatie in de wijk zijn de cliënten afhankelijk van ondersteuning. De hoge leeftijd van cliënten (drie cliënten ouder dan 78 jaar) met een ernstige verstandelijke beperking maakt dat integratie in de wijk moeizaam verloopt. Cliënten moeten hierin gestimuleerd en geactiveerd worden door de begeleiding. Alle cliënten zijn tevens afhankelijk van ondersteuning in verband met verkeersveiligheid. Er is echter niet altijd voldoende tijd om de cliënt te ondersteunen bij activiteiten in de wijk. De resultaten van het dossieronderzoek en de interviews komen met elkaar overeen.

7. Interviews met cliënten

Greetje weet niet meer precies wanneer ze op Groot Bronswijk is komen wonen. Omdat ze epileptische aanvallen had is ze op dertienjarige leeftijd uit huis gegaan. Greetje heeft verschillende werkzaamheden gedaan op het instellingsterrein, zoals wasknijpers op papiertjes doen, kartonnen dozen vouwen en boontjes pellen. Greetje heeft goede herinneringen aan Groot Bronswijk. Ze gingen vaak met z'n allen op het pleintje zitten, met een muziekje aan en als het sneeuwde maakten ze een sneeuwpop. Minder leuk was het douchen, je stond er met z'n allen in een rij te wachten totdat je aan de beurt was. Greetje heeft nog nooit zo'n mooie eigen douche en keuken gehad als nu in Appingedam.

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt met behulp van citaten van de cliënten zelf een beeld gegeven van de interviews met cliënten. Er zijn bij de drie deelonderzoeken vijftien cliënten betrokken geweest, hiervan zijn vijf cliënten benaderd voor een interview. Van de vijf cliënten die geselecteerd werden voor het interview, bleek één cliënt als gevolg van toenemende dementie niet in staat om de vragen te begrijpen en te beantwoorden. Dit interview is verder buiten beschouwing gelaten in de uitwerking. De overige tien cliënten zijn, na overleg met de begeleiders en wettelijk vertegenwoordigers, niet benaderd voor een interview. Bij deze cliënten werd ingeschat dat het afnemen van een interview te belastend zou zijn voor de cliënt of onvoldoende informatie zou opleveren.

7.2 Respondenten

Bij de interviews met de cliënten is gebruik gemaakt van een semigestructureerde vragenlijst en pictogrammen. De manier van vragen stellen is steeds afgestemd op het taalbegrip van de cliënt. Hierdoor was het bij alle interviews noodzakelijk om gesloten vragen te stellen. De interviews zijn opgenomen op film, daarna gecodeerd en ondergebracht onder de verschillende domeinen die onderzocht zijn.

In tabel 4 staan de belangrijkste gegevens van de cliënten en de bijkomende problematiek. Vervolgens staan de antwoorden van de cliënten per participatiedomein uitgeschreven. Een overzicht van alle resultaten is weergegeven in bijlage 5. De leeftijd van de cliënten die geïnterviewd zijn varieert van 40 tot 89 jaar. Eén cliënt heeft een ernstige verstandelijke beperking, drie cliënten hebben een matige beperking en één cliënt heeft een lichte verstandelijke beperking.

Tabel 4: Overzicht cliënten die geïnterviewd zijn:

Naam	Leeftijd	Niveau functioneren	Geslacht	Opmerkingen
Cliënt 1	58	Ernstige verstandelijke beperking	Man	
Cliënt 2	40	Lichte verstandelijke beperking	Man	
Cliënt 3	74	Matige verstandelijke beperking	Vrouw	
Cliënt 4	70	Matige verstandelijke beperking	Vrouw	
Cliënt 5	89	Matige verstandelijke beperking	Vrouw	Gesprek niet uitgewerkt bij de resultaten.

7.3 Wonen

Alle vier de respondenten geven aan dat ze tevreden zijn over hun huidige woonplek. Ze maken allen gebruik van een gezamenlijke huiskamer of een ontmoetingsruimte. Drie van de vier respondenten geven aan dat het wonen verbeterd is ten opzichte van het instellingsterrein. Eén cliënt geeft aan dat hij de eigen sanitaire voorzieningen prettig vindt, dat hij nu een grotere kamer heeft en zijn eigen spullen om zich heen heeft. Deze cliënt mist wel de disco en een aantal medebewoners van het instellingsterrein. De tweede cliënt geeft geen concrete reden. De derde cliënt geeft aan dat het voordeel van het nieuwe huis is dat er een eigen badkamer en keuken is. De ruimte op het instellingsterrein werd door deze cliënt als klein ervaren. Deze cliënt geeft echter ook aan dat ze de gezelligheid van de vorige woning mist, ze noemt het samen op het pleintje zitten met een muziekje en met z'n allen een sneeuwpop maken bij winterweer. De vierde cliënt geeft aan dat het rustiger is op de nieuwe woonlocatie. Een cliënte vertelt:

“Mensen op de gang zijn niet allemaal leuk. Overal waar je woont, is wel eens wat. Ook in de maatschappij. Ik woon niet in de maatschappij. Ik woon hier.”

7.4 Dagbesteding en vrijwilligers

Alle cliënten nemen deel aan dagbesteding en ontnemen hieraan plezier. Het is een vorm van sociaal contact. Twee cliënten gaan dagelijks naar dagbesteding. Eén cliënt is tijdelijk niet staat om naar dagbesteding te gaan als gevolg van een recente CVA en één cliënt gaat drie keer per week naar dagbesteding.

“Bij dagbesteding borduur ik, zing ik of ga ik verven. Sommigen gaan breien of naar gymnastiek of volksdansen. Ik ga elke dag naar dagbesteding, maar op zondag ga ik naar de kerk. Met de auto. Mensen die mij ophalen zijn steeds anderen; dan die, dan die, dan die. Mijn vriendin gaat ook, die woont op de andere flat.”

Drie cliënten hebben één of meer vrijwilligers. Eén cliënt heeft geen vrijwilliger. Vrijwilligers zijn belangrijk voor de cliënten, een cliënt vertelt:

“Ik heb nou een vrijwilliger, die is dinsdag geweest en toen hebben we die hele moeilijke puzzel gemaakt en toen hadden we zo’n plezier, we hebben zo gelachen.”

Een andere cliënt vertelt:

“Eén vrijwilliger haalt mijn haar er af, één keer in de maand. Dan komt ze langs en zegt ze: “Je haar moet er weer af hoor”. Mijn vrijwilligers, dat zijn lieverds, die komen vaak woensdags. Volgende week weer. Ze zijn hier gisteren geweest. En dan komen ze volgende week weer.”

7.5 Sociale contacten

Het sociaal netwerk bestaat uit verwanten, vrijwilligers, mede cliënten (vrienden) en begeleiders. De cliënten hebben geen contact met de burens of de buurt. Over haar contacten vertelt een cliënt:

“Als ze komen, komen ze onverwachts. Mijn schoonzus kan bijna niet meer komen, want ze kan niet zo goed zien met één oog. Dan is het donker in de winter minder vaak. Dat vind ik wel jammer.”

Voor alle cliënten is koffiedrinken (in sociaal verband) een belangrijke vorm van vrijetijdbesteding of sociaal contact.

7.6 Vrijetijdbesteding

De cliënten hebben allemaal een hobby die ze uitoefenen. Daarnaast kijken alle cliënten ook graag televisie (op hun eigen kamer). Een cliënt gaat elke week zwemmen en kegelen. Voor deze activiteiten is de cliënt afhankelijk van vrijwilligers. De tweede cliënt vult zijn vrije tijd vooral in met tv kijken. Verder is deze cliënt afhankelijk van de begeleiding, vrijwilligers en zijn vriendin. Hij vindt het prettig op zijn kamer en heeft geen behoefte om tv te kijken met andere cliënten. Een andere cliënt gaat graag naar bingo, nieuwjaarsrecepties, het warenhuis of boodschappen doen. Ook zij is afhankelijk van vrijwilligers maar heeft ook verwanten die zich over haar ontfermen. Bij een vierde cliënt is het opvallend dat zij graag wedstrijden gaat kijken in de sporthal. Uit het interview is niet naar voren gekomen of zij hierbij ook contact heeft met mensen uit de buurt.

“De vrijwilliger komt bij mij langs. Dinsdag altijd. Dan gaan we koffiedrinken, beneden waar Frans ook werkt, bij de ontmoetingsruimte. Als het mooi weer is ook naar buiten. Ik ben naar kegelen geweest woensdags en bowlen. Ik ga elke woensdag met Jan kegelen. Het kegelen is een eindje verder weg, in Groningen, met de taxi, dan gaan we met zijn drieën. Er zijn ook andere mensen bij het koffiedrinken, het is hiernaast. Koffiedrinken vind ik leuk. Koffiedrinken bij de winkels vlakbij.”

7.7 Bewegingsvrijheid

Twee cliënten zijn niet in staat om zelfstandig over straat te bewegen. Eén cliënt omdat hij niet verkeersveilig is. De andere cliënt vanwege mobiliteit. Beiden zijn afhankelijk van derden om zich buitenshuis te begeven. Eén cliënt kan zelfstandig naar zijn werk fietsen. Het is een relatief veilige route die hij dagelijks fietst. Een andere cliënt geeft aan dat ze liever alleen naar buiten zou gaan, maar dat dit niet mogelijk is.

“Ik ga altijd naar Appingedam met de rolstoel. Altijd iemand met mij mee. Ik wil liever alleen, maar dat kan niet.”

Eén cliënt geeft bij de begeleider aan wanneer ze weggaat. Twee cliënten hebben geen begeleiding nodig om naar buiten te gaan. Ze bepalen zelf wanneer ze gaan.

“Ik hoef niks te overleggen, ik heb het niet nodig. Bepaal ik zelf. Ik ga gewoon. Regels? Die zijn hier niet.”

7.8 Veiligheid

Drie van de vier cliënten geven aan dat ze in specifieke situaties wel eens bang zijn (geweest). De eerste cliënt geeft aan dat hij soms bang is als er ruzie is, ook vuurwerk vindt hij eng. Hij vindt het ook niet leuk als er grapjes over hem gemaakt worden. Hij heeft een cursus gedaan om zijn weerbaarheid te vergroten. De tweede cliënt geeft aan zich veilig te voelen in zijn omgeving en dat hij niet snel bang is. De derde cliënt was de eerste nachten wel bang in haar nieuwe huis. Nu is ze gewend aan het huis en alle geluiden en voelt ze zich veilig.

“Als het weer oktober is, dan woon ik hier acht jaar. De eerste nacht was ik bang. Ik heb gebeld naar de leiding en die hebben alles gekeken. Ik kon niet slapen, toen was ik niet gewend. Nu ben ik gewend, nu ben ik niet meer bang.”

De vierde cliënt geeft aan dat ze niet bang hoeft te wezen. Ze neemt contact op met de begeleiding wanneer er iets is. Op de vraag of ze wel is bang is zegt ze:

“Ja, hier is het stukken beter dan in Wagenborgen. Het is hier beter. Nee, ik ben niet gauw bang. Ook niet op straat, valt mee hoor. Ik loop ook niet gauw weg.”

7.9 Dagelijks welbevinden

Twee cliënten geven aan dat ze gelukkig zijn met hun leven zoals dat nu is. Eén cliënt geeft aan dat ze soms niet gelukkig is. Eén cliënt kan geen algemeen antwoord op deze vraag geven. Eén cliënt heeft een prijzenkast met prijzen die hij gewonnen heeft met zijn sport

waar hij trots op is. Ook geven de begeleiders hem regelmatig een compliment dat hij goed kan fietsen.

“Compliment? Ja goed gedaan, ja. Ik kan goed fietsen. Ik heb dat geleerd. Ik ben trots op zelf fietsen. En een kast vol bekers van kegelen, kan je wel trots op zijn.”

Een andere cliënt is erg tevreden over zijn leven. Hij is blij dat hij woont waar hij woont. Hij heeft geen behoefte om nieuwe dingen te leren. Hij geeft aan dat hij niet snel boos is. De afgelopen week was hij wel een keer boos, omdat hij zich verveelde. De derde cliënt geeft aan dat ze wel eens een compliment krijgt over het breien. Op de vraag of ze gelukkig is geeft ze aan dat ze dit soms niet is. Ze noemt een voorval waarin ze zich niet gelukkig voelde en verdrietig was. Ook is ze weleens boos, maar niet zo snel. Ze geeft ook aan dat ze troost krijgt van haar begeleiders. De vierde cliënt geeft aan dat ze gelukkig is waar ze nu woont. Ze wordt blij van contact met haar vriend en zus. Ze wordt emotioneel als ze mag vertellen wat ze niet leuk vindt. Ze zegt dat ze het niet leuk vindt als haar zus niet belt en noemt ook twee overlijdensgevallen. Op de vraag of ze ook dingen wil leren of al geleerd heeft benoemt ze gymnastiek en muziek. Deze twee activiteiten doet ze op de locatie. Op de vraag wie haar troost bij verdriet antwoordt een cliënt:

“Sommigen troosten wel, anderen niet. Ik kan dan niks doen. Moet ik zelf oplossen. Soms bel ik dan mijn nichtje. Soms wil ik het niet laten blijken. Ze heeft wel door dat ik zo stil ben. Boos? Ik word niet zo gauw boos, daar heb je niks aan.”

7.10 Aansluiting bij maatschappelijke voorzieningen

Twee cliënten gaan (wel eens) naar de kerk. Er wordt over het algemeen weinig gebruik gemaakt van maatschappelijke voorzieningen. Cliënten gaan wel mee boodschappen doen of naar de winkel (drie cliënten). Eén cliënt wordt door verwanten betrokken bij evenementen in de stad.

“Met mijn moeder ga ik boodschappen doen bij het Overwinningsplein. Bij de Macro geweest met mijn begeleider en bij de Aldi. Ik ga ook wel naar de stad. Samen kan dat. We gaan niet zo vaak, we mogen dat niet zo. Straks wel uit eten met de hele afdeling in de stad. Weet nog niet waar. Ga niet naar de kerk. Naar de disco kan hier niet. Hier zijn wel feesten. Op Sintmaheerdt was er disco, hier niet. Kan goed dansen. Niet naar bibliotheek, apotheek ook niet.”

7.11 Faciliteren/stimuleren van participatie in de wijk

Eén cliënt gaat regelmatig naar de sporthal. Twee cliënten gaan regelmatig naar de stad of naar het winkelcentrum. Activiteiten in de buurt worden niet of nauwelijks bezocht. Op de

vorige locatie ging één cliënt wel eens naar de disco, maar zij mist dit niet zegt zij. Zij vond het daar lawaaiiger en zegt dat zij liever op haar eigen kamer zit. Twee cliënten zouden wel meer willen doen maar kunnen dit niet zonder begeleiding. Eén cliënt geeft nadrukkelijk aan dat de begeleiding geen tijd heeft om leuke dingen te doen (zoals naar de stad gaan). Maar zij vindt het ook jammer dat er nooit iemand mee mag met boodschappen doen. Eén cliënt fietst zelfstandig naar zijn werk. Een andere cliënt gaat graag naar het dorp.

“Ik loop nooit weg. Naar de winkel gaat de begeleider altijd mee. Het is druk op straat. Vroeger ging ik zelf naar de winkel en naar de disco. De weg was daar rustiger. Ik vind het fijn dat de begeleider meegaat naar de winkel.”

7.12 Conclusie interviews met cliënten

De cliënten zijn zichtbaar trots op hun eigen appartement en hun eigen spullen. Zij hebben door hun eigen appartement meer privacy en meer mogelijkheden voor eigen regie. Het zelfstandig beschikken over een eigen keuken, koffiezetapparaat, douche, toilet en televisie vinden alle cliënten plezierig. Cliënten lijken het prettig te vinden dat ze zich kunnen terugtrekken op hun eigen kamer. Alle cliënten vertellen positief over hun daginvulling. Door één cliënt werd verwoord dat het personeel wel uitstapjes wil maken, maar dat het personeel hier geen tijd voor heeft. De faciliteiten van het instellingsterrein worden weleens gemist. Dit heeft vooral te maken met de afhankelijkheid ten aanzien van begeleiding om naar buiten te kunnen gaan in de nieuwe woonsituatie. Verkeersveiligheid was op het beschermde instellingsterrein minder een probleem omdat alles in een relatief verkeersveilige omgeving was.

De kwaliteit van wonen wordt positief gewaardeerd door de vier cliënten. De vragen over maatschappelijke participatie zijn iets moeilijker te beantwoorden voor de cliënten. Met hulp van familie of verwanten, vrijwilligers of begeleiders gaan ze wel eens naar de kerk, de winkel, sporthal of andere activiteit of voorziening. De uitspraken die door de cliënten zelf gedaan worden komen sterk overeen met uitspraken uit de drie deelonderzoeken naar het netwerk van vijftien cliënten.

8. Discussie, conclusie en aanbevelingen

8.1 Belangrijkste resultaten

De centrale vraag in dit onderzoek is:

“Wat is de kwaliteit van leven van de cliënten die verhuisd zijn van een instellingsterrein naar een kleinschalige woonvorm in de wijk en hoe participeren zij in hun woonomgeving?”.

Volgens de visie van De Zijlen is maatschappelijke participatie één van de kernthema's. Het streven is dat iedere cliënt zijn of haar eigen plek van betekenis in de maatschappij inneemt (De Zijlen, 2012).

Kwaliteit van leven

Uit de interviews blijkt dat cliënten, verwanten en professionals vinden dat de kwaliteit van leven van de cliënten verbeterd is sinds de verhuizing. Volgens hen speelt de nieuwe woonvorm hierbij een grote rol. De privacy, eigen sanitair en keuken en de mogelijkheid om je terug te kunnen trekken is hierbij een belangrijke voorziening.

De sociale contacten met mensen zonder verstandelijke beperking blijven meestal beperkt tot toevallige kennissen in plaats van vriendschappen. Uit de resultaten blijkt daarnaast dat de familie, de professionals, vrijwilligers en de medecliënten bijna altijd het belangrijkste sociale contact zijn, dat de cliënten hebben. De contacten die er wel zijn bestaan voornamelijk uit familie, mede cliënten en professionals (Clement et al., 2009). Vergelijkbaar met dit onderzoek geeft Schuurman (2002) aan dat hoe groter de ondersteuningsbehoefte van de cliënt is, des te minder sociale contacten er zijn en participatie plaatsvindt.

Wat verder bijdraagt aan de kwaliteit van leven van de cliënten is dat ze volgens de respondenten voldoening halen uit hun dagactiviteiten. Tijdens deze dagactiviteiten wordt er goed ingespeeld op de behoeften van de cliënten.

De respondenten geven aan dat er een positieve verandering in het gedrag is te zien. Dit houdt in dat de cliënten zichtbaar minder spanningen hebben en minder probleemgedrag vertonen. Een betere samenstelling van de groepen wordt door de respondenten als belangrijke reden genoemd voor deze verandering.

Participeren

Hoewel de kleinschalige woonvormen door de respondenten over het algemeen positief worden ervaren, geeft men wel aan dat de bewegingsvrijheid of zelfstandigheid zoals men die op het instellingsterrein kende, wordt gemist. Volgens de respondenten hadden de cliënten voorheen meer zelfstandigheid doordat zij zelf over het terrein konden lopen, naar de winkel konden gaan of koffiedrinken op het terrein. Veel cliënten kunnen zich in de nieuwe woonomgeving niet zelfstandig in het verkeer begeven (als gevolg van verkeersonveiligheid of rolstoelafhankelijkheid). De bewegingsvrijheid, de participatie en het

gebruik maken van voorzieningen is in vergelijking met het wonen op een instellingsterrein daardoor minder frequent geworden. Het participeren beperkt zich in de onderzochte groep van vijftien cliënten tot een enkele cliënt die participeert in de samenleving en gebruik maakt van voorzieningen.

Verhuizen van een grootschalig instellingsterrein naar kleinschaliger wonen in de wijk leidt niet automatisch tot deelname aan de maatschappij, zo blijkt ook uit onderzoek van Clement & Bigby, 2009. De conclusies uit het onderzoek naar participatie en integratie dat gedaan werd door Den Daas beschrijft “Mensen met een verstandelijke beperking maken op dit moment nog weinig gebruik van maatschappelijke voorzieningen. De meeste mensen met een verstandelijke beperking zijn afhankelijk van begeleiding tijdens een activiteit. Er is sprake van fysieke aanwezigheid in de maatschappij, maar geen echte deelname aan de maatschappij. De sociale integratie van personen met een verstandelijke beperking is na het verhuizen van een instellingsterrein naar een woonwijk nog zeer beperkt. Buiten familie en verwanten en begeleiders om zijn na de verhuizing over het algemeen geen nieuwe contacten ontstaan” (Den Daas, et al., (2007).

Uit het onderzoek blijkt dat de mate van participatie sterk samenhangt met de ernst van de beperkingen van de cliënten. Cliënten kunnen meestal niet zelf bepalen in hoeverre ze participeren in de maatschappij. De betrokken cliënten participeren wel, maar voornamelijk met hulp van derden. Enkele cliënten gaan wel zelfstandig de wijk in, één cliënt kan zelfstandig de route naar zijn werk fietsen. Verwanten, professionals en vrijwilligers spelen een belangrijke rol bij het ondernemen van activiteiten buiten de woonvorm. De professionals hebben vooral een belangrijke rol in het participatieproces van de cliënt. Zij helpen voor een groot deel in het beheren van de contacten, maken van afspraken en het naleven en organiseren van deze afspraken. De vrijwilligers spelen veelal een belangrijke rol in de mate waarin de cliënten participeren in de maatschappij. Professionals ervaren echter weinig tijd om aan het aspect participatie vorm en inhoud te kunnen geven.

8.2 Discussie

Het onderhavige onderzoek is onder vijftien cliënten van De Zijlen gedaan. Deze cliënten woonden eerst op een instellingsterrein en zijn tussen 2005 en 2009 verhuisd naar een kleinschaliger locatie in de provincie Groningen. Het onderzoek kent een aantal beperkende factoren die als discussiepunten worden geformuleerd:

- Bijna alle cliënten die bij dit onderzoek betrokken waren, hadden een ernstige of matige verstandelijke beperking, met uitzondering van twee cliënten die functioneren op licht verstandelijk beperkt niveau. De mate van de beperking heeft invloed op de mate waarin de cliënt afhankelijk is van derden om te kunnen participeren.
- Een beperking van het onderzoek is dat de leeftijd van veel cliënten die bij dit onderzoek betrokken waren hoog is. Meer dan de helft van de deelnemende cliënten had een leeftijd van 65 jaar of hoger. De afnemende behoefte om te participeren kan gerelateerd zijn aan toenemende beperkingen door het ouder worden of dementie. Daarover kan gezegd worden dat de behoefte aan participatie van een ouder wordende cliënt overeenkomsten vertoont met de ouder wordende mens zonder beperking. Uit onderzoek van Dusseljee et al., (2011), blijkt eveneens dat de sociale contacten en activiteiten van oudere mensen met een verstandelijke beperking minder is dan van jongere mensen met een verstandelijke beperking.
- Er is geen onderzoek gedaan naar de kwaliteit van leven en participatie op het moment dat de cliënten nog op het instellingsterrein woonden.
- De meeste cliënten hebben altijd op een instellingsterrein gewoond, waar alle voorzieningen aanwezig waren. Cliënten zijn niet gewend om zelf actief te participeren in de samenleving, hospitalisatie kan een rol spelen. Voor cliënten die jonger zijn en bijvoorbeeld vanuit huis komen in deze woonvorm komen, kan het participeren in de samenleving gemakkelijker zijn.
- De uitkomsten uit dit onderzoek zijn gebaseerd op de beleving van de respondenten op het moment dat de interviews zijn afgenomen.
- Dit onderzoek is door het beperkt aantal cliënten van drie woonlocaties en door de specifieke doelgroep niet generaliseerbaar voor alle cliënten die bij De Zijlen wonen.

8.3 Conclusie

De belangrijkste conclusie die naar aanleiding van dit onderzoek getrokken kan worden is dat verhuizen alleen niet volstaat. Het begeleiden, stimuleren en faciliteren van maatschappelijke participatie is een streven waarin het management van De Zijlen de eerste stappen heeft gezet. Het verwezenlijken van sociale integratie is een volgende stap, deze staat uitvoerig in de missie en visie van De Zijlen beschreven. Daarvoor wordt van de professionals een proactieve houding gevraagd waarin creatieve oplossingen en het werven en uitrusten van extra vrijwilligers noodzakelijk is.

De Zijlen heeft met de verhuisbeweging naar kleinschalige woonvormen in de wijk invulling gegeven in het streven mensen met een beperking te ondersteunen in het zo goed en zo zelfstandig mogelijk vormgeven van hun leven. Door de kleinschalige woonvorm ervaren cliënten een plezierige en veilige woonomgeving. De woning wordt ervaren als eigen plek, met eigen regie over huishoudelijke en persoonlijke zaken.

De Zijlen streeft ernaar dat mensen met een verstandelijke beperking regie voeren over hun eigen leven, keuzevrijheid hebben, hun privacy gerespecteerd zien en deelnemen aan de maatschappij op een wijze die bij hen past. Hierbij vindt De Zijlen het belangrijk dat cliënten een persoonlijk netwerk hebben en onderhouden en uitdrukking geven aan hun levensbeschouwelijke of religieuze opvatting. Daarbij worden zij optimaal ondersteund in hun lichamelijk en geestelijk welzijn en gezondheid. Dit is voor cliënten van belang om een volwaardig bestaan te kunnen leiden. Dit onderzoek toont aan dat de deelnemende cliënten en respondenten uit het netwerk van cliënten de kwaliteit van leven in de huidige woonsituatie positief waarderen. In de meeste gevallen vindt men de woonsituatie verbeterd ten opzichte van het wonen op het instellingsterrein.

Cliënten zijn tevreden over hun appartement en hun eigen plek in de samenleving. Het verhuizen naar een kleinschaliger woonlocatie waar de cliënt over een eigen appartement met sanitaire voorzieningen beschikt, heeft de kwaliteit van leven van de cliënten vergroot. Cliënten hebben door hun eigen appartement meer privacy en meer mogelijkheden voor eigen regie. Het hebben van een eigen keuken, douche en toilet en televisie vinden alle cliënten plezierig.

Binnenshuis hebben cliënten voldoende contacten met medebewoners, verwanten personeel en vrijwilligers. Het netwerk is over het algemeen niet groot, maar wel betrokken. Bij cliënten die geen familie of verwanten hebben, heeft naast de professional, de vrijwilliger een grote rol. Bij de meeste cliënten is het aantal contacten niet uitgebreid door de kleinschalige woonvorm in de wijk. Het aangaan van nieuwe contacten en vriendschappen hangt sterk samen met de zelfstandigheid, het niveau en de bewegingsvrijheid van de cliënt. Hoewel het netwerk beperkt is, zijn cliënten hier wel tevreden over. Voor een aantal cliënten heeft het verhuizen naar een locatie elders opgeleverd dat ze dichterbij familie en verwanten wonen. Na de verhuizing zijn vrijwilligers vaak trouw gebleven aan de cliënt. Soms is de frequentie van het contact door een grotere reisafstand wat afgenomen, maar

het staat vrijwilligers niet in de weg hun cliënt wekelijks of regelmatig te blijven bezoeken. Hieruit blijkt dat het zorgvuldig koppelen van een vrijwilliger aan een individuele cliënt tot duurzame contacten kan leiden.

Alle cliënten hebben een plezierig en voor hen passende vorm van dagbesteding en zijn hier tevreden over. De cliënten hebben allemaal een hobby of een vorm van vrijetijdsbesteding. De meeste cliënten (dertien van de vijftien cliënten) hebben een vrijwilliger die hen ondersteunt in hun vrijetijdsbesteding.

De mate van participatie van de cliënten in de maatschappij is niet toegenomen vergeleken met het wonen op het instellingsterrein. In het onderzoek zijn vragen gesteld over maatschappelijke participatie op de domeinen wonen, mobiliteit, arbeid, vrije tijd en sociaal contact. Een belangrijke bevinding is dat cliënten actieve ondersteuning nodig hebben om te kunnen participeren. Het “gewoon wonen in de wijk” in plaats van op een instellingsterrein, vinden de cliënten zelf plezierig. De mobiliteit buitenshuis is minder vanzelfsprekend geworden, omdat de meeste cliënten afhankelijk zijn van derden om zich buitenshuis te begeven. Een aantal cliënten zouden meer willen participeren dan zij nu doen.

De faciliteiten van het instellingsterrein worden wel eens gemist. Dit heeft vooral te maken met het afhankelijk zijn van begeleiding om naar buiten te kunnen gaan in de nieuwe woonsituaties. Verkeersveiligheid was op het beschermde instellingsterrein minder een probleem omdat alles in een relatief verkeersveilige omgeving was. Doordat cliënten voor het deelnemen aan maatschappelijke voorzieningen afhankelijker zijn geworden van de begeleiders, vraagt dit meer begeleidingstijd en creativiteit. Het is niet altijd mogelijk om aan alle wensen van de cliënten tegemoet te komen. Een begeleider is eveneens afhankelijk van het aantal andere begeleiders/stagiaires, familie en verwanten of vrijwilligers om met de cliënten uitstapjes te ondernemen. De mate waarin een cliënt participeert, hangt bovendien af van de ernst van zijn of haar beperking, de mate van verkeersveiligheid van de cliënt en de beschikbaarheid van een vrijwilliger of familie en verwanten. Om participatie van cliënten nog meer mogelijk te maken wordt van de professional in de nieuwe woonsituatie een ondernemende en creatieve houding verwacht.

De sociale participatie die genoemd wordt blijkt soms niet meer te zijn dan het groeten van een voorbijganger. Het blijkt dat verwanten deze mate van participatie voldoende vinden, terwijl de professionals hier hogere eisen en verwachtingen aan stellen. Sommige cliënten ondernemen wel activiteiten buiten de woning, maar vinden niet echte aansluiting met mensen zonder een beperking. Door de mate van de beperkingen van cliënten is het bovendien niet altijd mogelijk om zelfstandig te participeren in de samenleving.

8.4 Aanbevelingen

Naar aanleiding van dit onderzoek kunnen verschillende aanbevelingen worden gedaan.

- *Maatwerk leveren*: de behoefte aan participatie in de maatschappij verschilt per cliënt en daarom is maatwerk noodzakelijk om hier zo goed mogelijk op te anticiperen.
- *Goede randvoorwaarden voor de professional creëren*: zorgen voor goede randvoorwaarden vanuit de organisatie zodat de professional met de cliënt kan werken aan participatie. Het faciliteren door de organisatie van een zorgvuldige integratie van de cliënten moet nog verder worden doordacht en uitgewerkt. Een verhuizing alleen volstaat niet.
- *Professionals toerusten in het professioneel ondersteunen van cliënten bij de sociale integratie*: bij sociale integratie gaat het om relaties die een persoon met een beperking heeft met andere mensen. De professional heeft naast kennis van zaken ook tijd nodig om dit te kunnen realiseren.
- *Een ondernemende en creatieve houding van de professional stimuleren*: in de nieuwe woonsituatie wordt een andere houding van de professional verwacht, om participatie mogelijk te maken. Hier is een professionele houding voor nodig waarbij in oplossingen gedacht wordt en op een pro-actieve en creatieve manier gewerkt wordt.
- *Meer vrijwilligers werven*: tijd en ruimte creëren voor een aanpak waarbij gezocht wordt naar oplossingen, zoals het werven van vrijwilligers en het creëren van meer participatie en mogelijkheden in de wijk. Uit het onderzoek blijkt bijvoorbeeld ook dat een goede match met een vrijwilliger tot een duurzame relatie kan leiden.
- *Vrijwilligers deskundigheidsbevordering aanbieden*: het toerusten van vrijwilligers in de omgang met mensen met een verstandelijke beperking en bijkomende problematiek (bijvoorbeeld autisme, dementie of een auditieve beperking) door middel van trainingen en cursussen.
- *Het actief betrekken van de buurt bij de locatie ter bevordering van het contact met de organisatie*: het bevorderen van wijk- en netwerkontwikkelingen heeft tevens een positief effect op de naamsbekendheid van De Zijlen.
- *Nader onderzoek doen onder cliënten die niet eerder op een instellingsterrein hebben gewoond*: op deze manier kan men inzicht krijgen of de mate van participatie groter is of gemakkelijker plaatsvindt als er geen ervaring is met wonen op een instellingsterrein.
- *Vervolgonderzoek*: om een nog beter beeld te krijgen van de participatie en kwaliteit van leven van alle cliënten van De Zijlen wordt vervolgonderzoek aanbevolen naar een groter aantal cliënten met een grotere spreiding van alle leeftijdscategorieën en mate van beperkingen.

9. Slotbeschouwing

Esther Haak en Nienke Dokter

Dit rapport had niet tot stand kunnen komen zonder de medewerking van de studenten van de Academie voor Verpleegkunde. De volgende zes studenten hebben meegewerkt aan het onderzoek:

Deelonderzoek 1: Hilde van Dijk en Tessa Toonen

Deelonderzoek2: Mellanie Kroeze en Evelien Slagter

Deelonderzoek3: Agathe Faber en Roelie Heijting – Kranghand

We willen deze studenten dan ook bedanken voor hun bijdrage aan dit onderzoek.

Met het onderzoek werd de volgende doelstelling nagestreefd: kwalitatief onderzoek verrichten waarmee inzicht verschaft wordt in de kwaliteit van wonen en de participatie van cliënten in een kleinschalige woonvorm in de woonwijk, met als beoogd effect aanbevelingen geven waarmee de organisatie zich kan verbeteren.

Naar het idee van de onderzoekers is deze doelstelling behaald. Dit evaluatieonderzoek geeft antwoord op de vraag of de verhuizing van een instellingsterrein naar een kleinschalige woonvorm invloed heeft gehad op het dagelijks welbevinden, de zorgbehoefte en autonomie van de cliënt en de integratie in de wijk.

Door het in gesprek gaan met cliënten en hun netwerk is inzicht verkregen in de waardering van de kleinschalige woonvorm van De Zijlen. De voorwaarden om te kunnen participeren zijn in beeld gebracht. Het wordt duidelijk dat de rol van professionals, verwanten en vrijwilligers hierbij van onschatbare waarde is voor alle cliënten.

De projectgroep bestond uit het een vertegenwoordiging van het Lectoraat Rehabilitatie en De Zijlen. De samenwerking van de projectgroep heeft steeds op plezierige en constructieve wijze plaatsgevonden. We willen Lies Korevaar, Lector Rehabilitatie en Bram Terpstra, Manager Zorg & Dienstverlening hartelijk danken voor hun waardevolle suggesties en inbreng.

Literatuurlijst

- Abbott, S., & McConkey, R. (2006). *The barriers to social inclusion as perceived by people with intellectual disabilities*. *Journal of Learning Disabilities*, 10, 275–287.
- Alphen, L.M., van., Dijker, A.J.M., Borne, B.H.W., van den., Bos, A.E.R. & Curfs, L.M.G (2011). *The influence of group size and stigma severity of social acceptance: the case of people with intellectual disabilities moving to neighborhoods*. *Journal of Community and Applied Social Psychology*.
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Goede de, M., Peters, V. & Velden van der, T. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers
- Beek, L., van & Schuurman, M. (2011). *Eigen Krachtconferenties: kansen en mogelijkheden in de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking*. *Nederlands tijdschrift voor de zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen*, 36, 197-208.
- Beurskens, A., Wolters, P., Engelen, E. v., Lemmens, J., & Post, M. (2005). Is participatie te meten? *Stimulus* 24, 161-169.
- Blom, M. Driessen, M.J., Heijnen-Kaales., Y. Toonen., R. (2013). *Kwaliteitskader gehandicaptenzorg visiedocument 2.0.*, VGN. Februari 2013 publicatienummer 713.231. opgevraagd 8 juni 2015 van [http:// www.vgn.nl](http://www.vgn.nl).
- Buntinx, W., & Schalock, R. (2010). Models of disability, quality of life, and individualized supports: Implications for professional practice in intellectual disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, volume 7 (4), 283-294.
- Campen van, C., Iedema, J. & Wellink, H. (2006). *Gezond en wel met een beperking*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau
- Cardol, M. (2004). *Impact op participatie en autonomie*. Opgevraagd 13 oktober 2014 van <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/INT-vragenlijstIPA.pdf>
- Cardol, M., Vervloet, M. & Rijken, M., (2006). *Participatie van mensen met beperkingen 2005. Basismetende participatiemonitor*. Utrecht: Nivel.
- Clement, T., & Bigby, C. (2009). Breaking out of a distinct social space: Reflections on supporting community participation for people with severe and profound intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22, 264-275.
- Daas, H.M. Den., Nakken, H., Smrkovsky, M. & Struik, C. van der. (2007). *Gewoon wonen. Een onderzoek naar de effecten van deconcentratie op de kwaliteit van bestaan van mensen met een verstandelijke beperking*. Groningen: Stichting Kinderstudies
- Dassen Th.W.N., Keuning F.M., Jansen G.J. & Jansen, W.S. (2011). *Lezen en beoordelen van onderzoek publicaties*. Amersfoort: TiemeMeulenhoff.
- Dusseljee, J.C.E., Rijken, P.M., Cardol, M., Curfs, L.M.G. & Groenewegen P.P. (2011). Participation in daytime activities among people with mild or moderate intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 2011, (55), p. 4-18
- Emmens, G.; Meulen, van der S., Wallenburg. M., Terpstra, B., “Op weg naar een nieuwe woning”. Groningen: Lectoraat Rehabilitatie, Hanzehogeschool Groningen.
- Eugster, A. (2014). *Sociaal kwetsbare groepen*. Helmond: GGD Brabant.

Federatie van Ouderverenigingen, & Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. (2002). *Ruimte voor mensen: Naar een verhoging van de kwaliteit van bestaan en de kwaliteit van ondersteuning van mensen met ernstig meervoudige beperkingen*. Nieuwegein: Kalliope Consult.

Gennep, A. van (2000). *Emancipatie van de zwaksten in de samenleving. Over paradigma's van verstandelijke handicap*. Boom: Amsterdam. 170 pages.

Hunink, G.H., Bijl, J.J., van der, Cusveller, B.S., Linge, R.H., van, Polhuis, D. & Vermeij, T., (2006). *De verpleegkundige als beroepsbeoefenaar*. Utrecht: ThiemeMeulenhoff.

Johnson, H., Douglas, J., Bigby, C., & Iacono, T. (2012). A model of processes that underpin positive relationships for adults. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 37(4), 324-336.

Jonker, J., Ooms, I. & Stevens, J. (2005). *Zorg voor verstandelijk gehandicapten*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau

Kröber, H.R.T. (2008). *Gehandicaptenzorg, inclusie en organiseren*. Utrecht: Dissertatie Universiteit voor Humanistiek

Kwekkeboom, R. (2004). *De waarde van vermaatschappelijking*. Opgevraagd op 23 oktober 2014 van <http://www.lectorenzorgenwelzijn.nl/oraties/2004,%20Rick%20Kwekkeboom,%20oratie.pdf>

Kwekkeboom, M.H., Boer de, A.H., Campen van, C. & Dorrestein, A.E.G. (2006). *Een eigen huis...Ervaringen van mensen met verstandelijke beperkingen of psychiatrische problemen met zelfstandig wonen en deelname aan de samenleving*. Opgevraagd 2 januari 2015 van http://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.scp.nl%2Fdsresource%3Fobjectid%3D20736%26type%3Dorg&ei=93OuVMCeLcrXPZPu_gOAK&usg=AFQjCNGk2dVzWqjVQzgTwleWxCuonKU_Ow

Kwekkeboom, M.H. & Weert, C.M.C. van. (2008). *Meedoen en gelukkig zijn*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau

Lambregts, J., Grotendorst, A., & Merwijk, C. v. (2012). *Leren van de toekomst: Verpleegkundigen & verzorgenden 2020*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Loon, J. v. (2009). *Een persoonsgerichte ondersteuningsmethodiek*. Opgehaald van <http://www.kennispleingehandicaptensector.nl/kennispleindoc/showcases/Een%20Persoonsgericht%20Ondersteuningsmethodiek1.doc>

Meulenkamp, T., Hoek, L. van der., Cardol, M. (2013), *Deelname aan de samenleving van mensen met een beperking, ouderen en de algemene bevolking*, NIVEL, Rapportage participatiemonitor.

Migchelbrink, F. (2012). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: SWP Amsterdam

Moonen, B. (2007). *Het ontwerpen van een vragenlijst voor mensen met een verstandelijke beperking*. Twente: Universiteit van Twente

NFU (2014). *Kwaliteit van zorg*. Opgevraagd 29 oktober 2014 van <http://www.nfukwaliteit.nl/>

Overmars- Marx, T. (2011). *Meedoen en erbij horen in je eigen wijk: Wat is er nodig?* Opgevraagd op 12 december 2014 van http://www.kennispleingehandicaptensector.nl/docs/vilans/informatiecentrum/NTZ_Overmans.pdf

- Post N (RIVM), Lucht F van der (RIVM). *Participatie samengevat*. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, Opgevraagd van: <http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Participatie, 20 maart 2012.
- Schalock, R. L., & Verdugo, M.A. (2002). *Handbook on quality of life for human service practitioners*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Schalock, R.L., Verdugo, M.A., Jenaro, C., Wang, M., Wehmeyer, M., Xu, J. & Lachapelle, Y. (2005). Cross-cultural study of core quality of life domains and indicators, a replication. *Journal of Intellectual Disability Research*, 2005, (49), p. 734-739
- Schuurman, M. (2002). *Mensen met verstandelijke beperkingen in de samenleving*. Opgevraagd 30 september 2014 van http://www.kennispleingehandicaptensector.nl/docs/producten/mensen_met_verstandelijke_beperkingen.pdf
- Schuurmans, M., Lambregts, J. & Grotendorst, A. (2012). *Beroepsprofiel verpleegkundige*. Utrecht: V&VN Beroepsprofiel verpleegkundige
- Verdonschot, M.M.L., Witte de, L.P., Reichrath, E., Buntinx, W.H.E. & Curfs, L.M.G. (2009). Community participation of people with an intellectual disability: a review of empirical findings. *Journal of Intellectual Disability Research*, 2009, (53), p. 303-318
- Verdugo, M.A., Navas, L., Gómez, E. & Schalock, R.L. (2012). The concept of quality of life and its role in enhancing human rights in the field of intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 2012, (56), p.1036-1045
- Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek?*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- V&VN (2014). *Beroepsprofiel verpleegkundige*. Opgevraagd 30 september 2014 van <http://www.venvn.nl/Dossiers/Beroepsprofielen/Detail/tabid/5302/ArticleID/7605/mod/13982/Verpleegkundigen-en-Verzorgenden-2020-VenV2020.aspx>
- Wallenburg, M. (2004) *Woonwensenonderzoek Sintmaheerdt*. De Zijlen.
- Wehmeyer, M.L. & Bolding, N. (2008). Enhanced self-determination of adults with intellectual disability as an outcome of moving to community-based work or living environments. *Journal of Intellectual Disability Research*, 2008, (45), p. 371-383
- Zijlen, De (2012). *Beleid organisatie van zorg en diensten-rondom-cliënt*. Opgevraagd op 5 juli 2015 van <http://www.dezijlen.nl/wp-content/uploads/2012/07/111116>
- Zijlen, De (2014). *Jaarverslag 2013*. Opgevraagd op 30 september 2014 van <http://www.dezijlen.nl/wp-content/uploads/2014/06/140508-Jaarverslag-jaarrekening-controleverklaring-2013.pdf>
- Zijlen, De (2014). *De Zijlen met zorg in de samenleving*. Opgevraagd 7 oktober 2014 van <http://www.dezijlen.nl/cliënten/>
- Zijlen, De (2015). *Jaarverslag*. Opgevraagd 30 juni 2015 van <http://www.dezijlen.nl/de-zijlen-2/visie-missie/>

Bijlage 1 Kwaliteitsdomeinen van Schalock

Volgens Verdugo, Navas, Gómez en Schalock (2012) is kwaliteit van leven een multidimensionaal begrip. Schalock beschrijft het begrip kwaliteit van leven door middel van 8 domeinen. Deze domeinen zullen hieronder worden beschreven.

<p>Factor Independence (onafhankelijkheid)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Personal development (persoonlijke ontwikkeling). <ul style="list-style-type: none"> - Dagelijkse activiteiten - Onderwijs - Opleiding - Persoonlijke vaardigheden - Aanpassingsgedrag 2. Self-determination (zelfbepaling) <ul style="list-style-type: none"> - Keuzes - Beslissingen - Persoonlijke doelen - Zelfstandigheid - Persoonlijke controle <p>Factor Social (sociaal)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Interpersonal relations (interpersoonlijke relaties) <ul style="list-style-type: none"> - Vriendschappen - Sociaal netwerk - Sociale activiteiten - Relaties 4. Social inclusion (sociale inclusie) <ul style="list-style-type: none"> - Participatie en integratie in de samenleving - Maatschappelijke betrokkenheid - Sociale rollen - Ondersteuning van anderen 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Rights (Rechten) <ul style="list-style-type: none"> - Rechten en plichten - Respect, waardigheid gelijkheid - Legale toegang - Gelijke behandeling, eerlijk proces <p>Factor Well-being (welbevinden)</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Emotional well-being (emotioneel welzijn) <ul style="list-style-type: none"> - Veiligheid en beveiliging - Positieve ervaringen - Tevredenheid - Gebrek aan stress 7. Physical well-being (fysiek welbevinden) <ul style="list-style-type: none"> - Gezondheid en voedingssituatie - Ontspanning - Vrije tijd 8. Material well-being (materieel welbevinden) <ul style="list-style-type: none"> - Financiële status - Arbeidssituatie - Huisvesting - Bezittingen
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Bijlage 2 Data-extractielijst

Algemene gegevens.	
Codenummer cliënt	
Leeftijd cliënt	
Niveau cliënt	
Sekse cliënt	
Datum ondersteuningsplan	
Locatie	
Datum invulling	
1. Wonen	
Hoe ervaart de cliënt het wonen in de wijk?	
2. Dagactiviteiten/vrijwilligerswerk	
Van welke dagactiviteiten/vrijwilligerswerk maakt de cliënt gebruik?	
Hoeveel dagdelen maakt de cliënt hiervan gebruik?	
Welke ondersteuningsvraag heeft de cliënt hierbij?	
3. Sociale contacten	
Waaruit bestaan de sociale contacten van de cliënt?	
Met wie heeft de cliënten contacten?	
Welke sociale contacten zijn belangrijk voor de cliënt?	
Welke ondersteuningsvraag heeft de cliënt bij het maken en onderhouden van sociale contacten?	
4. Vrijtijdsbesteding	
Welke vrijtijdsbesteding heeft de cliënt?	
Maakt de cliënt gebruik van interne /externe vrijtijdsbesteding?	
Welke ondersteuningsvraag heeft de cliënt om naar zijn/haar vrijtijdsbesteding toe te kunnen gaan?	

5. Bewegingsvrijheid	
Welke afspraken zijn er in verband met het naar buiten mogen gaan, ergens naar toe gaan?	
Welke ondersteuningsvraag heeft de cliënt om vrij kunnen gaan en staan waar hij/zij dit wil?	
Welke mogelijkheden heeft de cliënt om zelfstandig weg te gaan?	
6. Veiligheid	
Welke specifieke aandachtspunten zijn er ten aanzien van veiligheid?	
Welke ondersteuningsvraag heeft de cliënt op het gebied van veiligheid?	
7. Dagelijks welbevinden	
Hoe is het gesteld met de emotionele welzijn van de cliënt (voldoening, vrijheid van stress, zelfwaardering)?	
8. Aansluiting/samenwerking	
Van welke openbare voorzieningen maakt de cliënt gebruik?	
Wanneer en hoe vaak maakt de cliënt hiervan gebruik?	
Welke ondersteuningsvraag heeft de cliënt om gebruik te kunnen maken van openbare voorzieningen?	
9. Faciliteren/stimuleren van participatie in de wijk	
Op welke wijze wordt de cliënt gestimuleerd om te participeren?	
Welke ondersteuning krijgt de cliënt bij het participeren?	
Welke faciliteiten worden ingezet bij het participeren in de wijk?	

(Kwekkeboom & Weert, 2008)

Bijlage 3 Informed consent brief

Aan cliënten die ervaring hebben met verhuizen
en hun ouders/ verwanten

Ons kenmerk 140710 ND fh

Groningen, 4 april 2016

Onderwerp onderzoek verhuizen

Beste cliënt, ouder/ verwant,

Wilt u toestemming geven om mee te doen aan ons onderzoek?

Wat is het doel van het onderzoek?

We willen graag weten in hoeverre het verhuizen van een instellingsterrein naar een locatie in de wijk heeft geleid tot meedoen in die wijk. Aan de hand van deze informatie kunnen wij onze zorg verder ontwikkelen en indien nodig verbeteren.

Waarom vragen we om uw deelname?

Een aantal jaren geleden bent u, of is uw verwant, verhuisd van een instelling naar een nieuwe locatie. U heeft dus ervaring met die verschillende woonvarianten. U kunt ons daarom de informatie geven waar wij benieuwd naar zijn.

Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd?

Hiervoor heeft De Zijlen samenwerking gezocht met de het lectoraat Rehabilitatie van de Hanzehogeschool. Wij zijn het onderzoek nu aan het voorbereiden. Vanaf september gaan zes studenten van de Hanzehogeschool onderzoek doen in de praktijk, onder begeleiding van docenten. De studenten gaan interviews houden met de cliënt (indien mogelijk) en met mensen uit zijn of haar omgeving. Ook zullen ze informatie over dit onderwerp halen uit het dossier van de cliënt, als toestemming is gegeven voor het onderzoek. Met de verzamelde gegevens wordt vertrouwelijk omgegaan en ze zullen anoniem worden verwerkt. In het voorjaar van 2015 worden de resultaten beschreven in een verslag en komt er een presentatie.

Wat wordt er van u verwacht?

De studenten zullen in het najaar van 2014 contact met u opnemen voor een gesprek. Voor het dossieronderzoek hoeft u niets te doen.

Wilt u meewerken aan het onderzoek?

Dan ontvangen wij graag zo spoedig mogelijk het ingevulde en ondertekende toestemmingformulier van u. Dit formulier vindt u bij deze brief, met een gefrankeerde retourenvelop.

Vragen?

Als u vragen heeft naar aanleiding van deze brief, neemt u dan contact op met Nienke Dokter. Dat kan via het mailadres nienke.dokter@dezijlen.nl of haar telefoonnummer 06 105 133 87.

Tot slot:

Wij hopen op uw toestemming, zodat we van uw ervaringen kunnen leren.

Bijlage 4 Tabel geselecteerde cliënten voor het onderzoek

Naam	Woonplaats	Leeftijd	Niveau van functioneren	Bijkomende beperkingen
Cliënt 1	Muntendam	36	Zeer ernstige verstandelijke beperking	rolstoelgebonden; epilepsie niet verkeersveilig
Cliënt 2	Muntendam	70	Matige verstandelijke beperking	verminderd gehoor
Cliënt 3	Muntendam	39	Zeer ernstige verstandelijke beperking	niet verkeersveilig
Cliënt 4	Muntendam	67	Zeer ernstige verstandelijke beperking	doof en visueel beperkt; niet verkeersveilig
Cliënt 5	Muntendam	34	Zeer ernstige verstandelijke beperking	niet verkeersveilig; epilepsie; hemiplegie
Cliënt 6	Appingedam	74	Matige verstandelijke beperking	auditieve beperking; communicatie met gebarentaal; artrose
Cliënt 7	Appingedam	45	Matige verstandelijke beperking	auditieve beperking; communicatie met gebarentaal
Cliënt 8	Appingedam	89	Matige verstandelijke beperking	alzheimer; slechte mobiliteit (rolstoelgebonden)
Cliënt 9	Appingedam	74	Ernstige verstandelijke beperking	alzheimer
Cliënt 10	Appingedam	74	Matige verstandelijke beperking	epilepsie; evenwichtsstoornis; slijtage
Cliënt 11	Groningen	48	Ernstige verstandelijke beperking	Williams- Beuren syndroom; in verleden aantal psychoses gehad.
Cliënt 12	Groningen	79	Ernstige verstandelijke beperking	hartritmestoornissen
Cliënt 13	Appingedam	40	Lichte verstandelijke beperking	niet-aangeboren hersenletsel
Cliënt 14	Appingedam	83	Matige verstandelijke beperking	
Cliënt 15	Appingedam	78	Ernstige verstandelijke beperking	

Bijlage 5 Overzicht belangrijkste resultaten per cliënt (interviews met 4 cliënten van De Zijlen)

	Clïënt 1	Clïënt 2	Clïënt 3	Clïënt 4
Leeftijd	XX	XX	XX	XX
Mate verstandelijke beperking	Ernstige verstandelijke beperking	Lichte verstandelijke beperking	Matige verstandelijke beperking	Matige verstandelijke beperking
Bijkomende problematiek	William Beuren Syndroom, in het verleden een aantal psychoses gehad.	Niet aangeboren hersenletsel Tijdens de loop van dit onderzoek een CVA gehad, daardoor terugslag gehad m.b.t. mobiliteit en spraak.	Epilepsie Slijtage, evenwichtsstoornis	Verminderd gehoor
	Verkeersonveilig; Kan wel rustige stukjes zelfstandig fietsen.	Verkeersveilig	Verkeersonveilig	Verkeersveilig
Wonen	Tevreden over huidige woonplek. Woont hier prettiger dan op het instellingsterrein. Eigen douche, grotere kamer en eigen spullen. Mist de disco en een aantal medebewoners. Maakt gebruik van de gezamenlijke woonkamer.	Tevreden over huidige woonplek. Woont hier prettiger dan op het instellingsterrein. Geen concrete reden Maakt gebruik van de ontmoetingsruimte.	Tevreden over huidige woonplek. Is tevreden over eigen grote badkamer en keuken. Mist gezelligheid van het instellingsterrein. Maakt gebruik van de gezamenlijke huiskamer.	Tevreden over huidige woonplek. Woont hier prettiger dan op het instellingsterrein. Met name de rust binnen de nieuwe woonlocatie wordt gewaardeerd. Maakt gebruik van de ontmoetingsruimte.
Dagbesteding	Boegbeeld, in de bediening (koffie zetten, afwasmachine, bedienen). 3 dagen in de week. Gaaf zelfstandig naar zijn werk op de fiets, behalve 's winters.	Op dit moment geen dagbesteding. Daarvoor naar de Brons op de houtafdeling, zagen, schuren, verven. 5 dagen per week.	Elke dag naar dagbesteding. Borduren, verven, gymnastiek, breien, volksdansen.	In de winkel in Veendam naast het postkantoor. Taken: folders ophalen, boodschappen doen.
Vrije tijd	Koffie drinken Televisie kijken Kegelen Boodschappen doen/naar de winkels Dagjes weg naar familie Uitslapen/rusten In de zomer vakantiewerk op de wijngaard.	Koffie drinken Televisie kijken. Peuk roken (soms met begeleider) Activiteiten ondernemen met vrijwilliger. Vrijwilliger die met zorgdier langskomt. Met vriendin kletsen.	Koffie/thee drinken Televisie kijken Puzzelen/breien/iets maken voor mijn begeleider. Uitslapen/rusten Huishoudelijke klusjes Met nicht je naar de winkels/boodschappen doen. Naar/met familie naar bingo, disco, kerk.	Koffie drinken Televisie kijken Boodschappen doen Knutselen met de jongens. Naar de sporthal wedstrijden kijken. Naar de leesbibliotheek. Op vakantie naar mijn zus in Duitsland. Of naar Ameland/ Schiermonnikoog.

Bewegingsvrijheid	Is niet verkeersveilig, heeft altijd anderen nodig als hij naar buiten gaat.	Verkeersveilig, beslist zelf wanneer hij naar buiten gaat.	Vanwege beperkte mobiliteit kan ze alleen met rolstoel naar buiten. Is hiervoor afhankelijk van anderen. Wil zelf graag meer zelfstandig naar buiten.	Gaat zelfstandig naar buiten. Geeft wel door aan de begeleiding als ze op pad gaat.
Vrijwilliger	Ja, elke week. Koffiedrinken of uitstapje maken. Met andere vrijwilliger naar het zwembad.	Een vrijwilliger die elk maand komt. Ook een vrijwilliger van zorgdier, die komen meestal op woensdag.	Ja, elke dinsdag. Bijvoorbeeld puzzel maken en lachen.	Nee
Maatschappelijke voorzieningen	Kegelen, gaat met taxi en nog een vriend elke week naar kegelen. Gaat wel eens naar het winkelcentrum. Hier is geen disco.	Op dit moment geen gebruik van maatschappelijke voorzieningen.	Naar de kerk. Naar evenement zoals bingo of nieuwjaarsreceptie met familie (nichtje). Naar het winkelcentrum.	Naar de sporthal. Naar de kerk als er een baby gedoopt wordt. Loop zelf naar de winkel hier vlakbij.
Sociaal netwerk	Vrienden hier op de locatie en nog een paar van Sintmaheerdt. Gaat elke maand naar moeder en ander weekend naar broer, daar ook nichtjes. Neefjes komen soms. Er komen niet zo vaak mensen uit de buurt.	Ik heb een vriendin, komt elke week langs. Verder geen bezoek. Geen familie meer.	Geen ouders of broer meer. Nog een broer, schoonzus die zelf niet mobiel zijn. Nichtjes zijn nu mentor. Komen langs en nemen mee naar activiteiten. Twee vriendinnen. Mensen op de gang niet allemaal even leuk.	Ouders wonen in Veendam en Oude Pekela. De buurvrouw komt wel eens met de baby. En L. met mijn broer. Zusje.
Kwaliteit van leven/dagelijks welbevinden	Is trots op zijn prijzenkast en krijgt complimenten voor het fietsen. Heeft veel vaardigheden aangeleerd sinds hij is verhuisd.	Geeft aan gelukkig te zijn. Heeft geen wens om dingen te leren.	Krijgt wel eens een compliment.	Geeft aan gelukkig te zijn. Ze krijgt momenteel gymnastiek en muziekles. Kan zelf naar haar kamer gaan als er ruzie is. Ze wordt blij van het contact met anderen.
Belemmerende factoren voor Kwaliteit van leven/ dagelijks welbevinden	Is bang voor vuurwerk, als mensen grapjes over hem maken en ruzie.	Was boos omdat het buiten regende en hij zich verveelde.	Is niet altijd gelukkig	Ze benoemt het overlijden van twee mensen als een vervelende ervaring.
Veiligheid	Voelt zich onveilig bij ruzie, vuurwerk en als er grapjes over hem gemaakt worden.	Voelt zich veilig.	Voelt zich veilig	Voelt zich veilig

Opmerking: leeftijd is verwijderd i.v.m. privacy van de cliënten.

